

DIE EINSAMKEIT DES LANGSTRECKENLÄUFERS

Eine empirische Untersuchung zur psychoanalytischen
Therapie von 40 delinquenten, süchtigen Patienten
in der Jugend- und Drogenberatungsstelle Drop-In

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät I
der
Universität Zürich

vorgelegt von
HENRIETTE HAAS
von Zürich

Angenommen auf Antrag von Herrn Prof. Dr. med. et phil. A. Uchtenhagen

Zürich 1991
Zentralstelle der Studentenschaft

INHALTSVERZEICHNIS

0. Einleitung	6
I. Epidemiologie von Delinquenz und Süchten.....	8
1. Methodische Vorbemerkungen.....	8
2. Häufigkeit von Delinquenz.....	8
2.1 Dunkelziffer.....	8
2.2 Prävalenz und Inzidenz von Delinquenz.....	10
2.3 Männliche und weibliche Delinquenz.....	12
2.4 Psychopathologie von Delinquenten	14
3. Häufigkeit von Abhängigkeiten und Psychopathologie.....	15
3.1 Prävalenz Opiatabhängigkeit.....	15
3.2 Psychopathologie von Heroinabhängigen	16
3.3 Prävalenz Alkoholabhängigkeit.....	18
3.4 Psychopathologie von Alkoholabhängigen	19
3.5 Prävalenz von Medikamentenabhängigkeit.....	20
3.6 Psychopathologie von Medikamentenabhängigen	20
3.7 Prävalenz von Spielsucht & Gambling.....	20
3.8 Psychopathologie von Spielsüchtigen	21
3.9 Männliche und weibliche Süchtige.....	21
4. Zusammenhänge zwischen Delinquenz und Sucht.....	23
4.1 Grundsätzliches	23
4.2 Delinquenz unter Heroinsüchtigen.....	24
4.3 Heroinabhängigkeit unter Delinquenten	26
4.4 Alkoholmissbrauch unter Delinquenten	26
4.5 Delinquenz unter Alkoholikern	26
4.6 Delinquenz und andere Süchte	27
4.7 Verkehrsdelikte, Delinquenz und Süchte.....	27
5. Zusammenfassend zur Epidemiologie	28
6. Strafrechtliche Sanktionen für süchtige Verurteilte.....	29
6.1 Therapie statt Strafe	29
6.2 Ambulante psychotherapeutische Massnahme	29
7. Praxis der Methadonbehandlung.....	31
II. Ein Psychoanalytisches Modell der Dissozialität	34
1. Abhandlung von Rauchfleisch über Dissozialität.....	34
2. Struktur des dissozialen Syndroms	35
2.1 Frustrationstoleranz.....	35
2.2 Realitätsbezug	35
2.3 Beziehungsstörung	37
2.4 Depressivität.....	38
2.5 Überich-Störung.....	39
2.6 Abwehrmechanismen	41
2.7 Fehlentwicklungen in der Triebstruktur	43
2.8 Desintegration der Persönlichkeit	44
2.9 Chronizität der Störung.....	45
2.10 Narzisstische Störung.....	45
3. Ätiologie der dissozialen Charakterstörung	46

3.1 Säuglingsalter und symbiotische Phase	46
3.2 Trennungs- - und Individuationsphasen	47
3.3 Ödipale Phase	48
4. Psychoanalytische Therapie des dissozialen Syndroms	49
4.1 Motivations-Phase	50
4.2 Technik und Setting	51
4.3 Durcharbeiten, Übertragung und Gegenübertragung	53
5. Besprechung und Kritik	56
5.1 Zur Diagnostik und Psychodynamik	56
5.2 Zur Beschreibung der Pathogenese	56
5.3 Zur Darstellung der therapeutischen Technik	57
III. Methode	58
1. Aufgabenstellung	58
1.1 Therapeutische Erfahrungen erforschen	58
1.2 Neue Methodenkombination erproben	58
1.3 Standort innerhalb der Psychotherapieforschung	59
2. Vorgehen	60
2.1 Herleitung des Fragebogens	60
2.2 Definition von Delinquenz	62
3. Datenerhebung	63
3.1 Auswahl der Probanden	63
3.2 Vorgehen bei der Befragung	64
4. Clusteranalyse der Probanden	66
4.1 Vorgehen bei der statistischen Auswertung	66
4.2 Variablen und Probanden	66
4.3 Auswahl der Clusterverfahren	69
5. Veranschaulichung der gefundenen Cluster	72
5.1 Darstellung in kanonischen Variablen	72
5.2 Gruppe der leicht gestörten Patienten	74
5.3 Mittelschwer gestörte (neurotische) Patienten	75
5.4 Neurotische Patienten mit Desintegrations-Neigung	75
5.5 Neurotisch-depressive Patienten	76
5.6 Schwerst gestörte Borderline-Patienten	77
5.7 Schizoid-narzisstische Borderline-Patienten	77
5.8 Depressiv-narzisstische Borderline-Patienten	78
IV. Beschreibung der Stichprobe	79
1. Soziodemographische Merkmale der Probanden	79
1.1 Geschlecht und Alter	79
1.2 Ausbildung und Beruf	79
2. Deviante und delinquente Symptomatik	80
2.1 Deliktarten	80
2.2 Geschlechtsspezifische Delikte	82
2.3 Strafregistrauszug	83
2.4 Vorstrafen und Gefängnisaufenthalte	83
2.5 Devianz: Schulden, Prostitution & Verwahrlosung	83
3. Psychiatrische und somatische Anamnese	84
3.1 Behandlungsvorgeschichte	84
3.2 Somatische Krankheiten	84

3.3 Substanzenmissbrauch und Süchte	85
3.4 Diagnose nach DSM-III.....	86
V. Ergebnisse zur Psychodynamik	87
1. Generelle Einschätzung der Dimensionen	87
2. Dimensionen im Detail.....	87
2.1 Frustrationstoleranz	87
2.2 Beziehungsfähigkeit.....	88
2.3 Realitätsprüfung.....	90
2.4 Depressivität.....	92
2.5 Narzisstische Störung.....	93
2.6 Überich Struktur	94
2.7 Abwehrmechanismen	97
2.8 Desintegrationstendenz	99
2.9 Triebstruktur.....	100
2.10 Chronizität der Störung.....	101
VI. Ergebnisse zur Behandlung	103
1. Grundlagen der Behandlung	103
1.1 Dauer und behördliche Kontrolle	103
1.2 Setting.....	103
1.3 Parameter	104
2. Phasen der Therapie	105
2.1 Anfangsphase.....	105
2.2 Mittlere Phase.....	106
2.3 Widerstand innerhalb der Stunden	107
2.4 Übertragung und Regression.....	109
3. Gesamterfolg am Schluss des betrachteten Zeitraums.....	112
3.1 Veränderungen der Psychodynamik.....	112
3.2 Symptomatische und psychosoziale Veränderungen.....	113
4. Abschluss der Therapie und Prognose	117
VII. Fallgeschichten und Profile der Cluster	121
1. Cluster I	121
1.1 Delikte des 1. Clusters.....	121
1.2 Psychodynamik des 1. Clusters.....	121
1.3 Behandlung des 1. Clusters.....	122
1.4 Fall 1 aus Cluster I.....	122
2. Cluster II	124
2.1 Delikte des 2. Clusters.....	124
2.2 Psychodynamik des 2. Clusters.....	125
2.3 Behandlung des 2. Clusters.....	125
2.4 Fall 2 aus Cluster II.....	126
3. Cluster III	130
3.1 Delikte des 3. Clusters.....	130
3.2 Psychodynamik des 3. Clusters.....	130
3.3 Behandlung des 3. Clusters.....	131
3.4 Fall 3 aus Cluster III.....	132

4. Cluster IV	134
4.1 Delikte des 4. Clusters	134
4.2 Psychodynamik des 4. Clusters	134
4.3 Behandlung des 4. Clusters	136
4.4 Fall 4 aus Cluster IV	136
5. Cluster V	139
5.1 Delikte des 5. Clusters	139
5.2 Psychodynamik des 5. Clusters	139
5.3 Behandlung des 5. Clusters	140
5.4 Fall 5x aus Cluster V	141
5.5 Fall 5y aus Cluster V	143
 VIII. Diskussion der Ergebnisse	 147
1. Grundsätzliches zu Methode und Stichprobe	147
1.1 Zur Datenerhebung	147
1.2 Zur Clusterlösung	148
1.3 Zu den Grundmerkmalen der Stichprobe	149
1.4 Zu den Devianzerscheinungen	150
1.5 Zur Delinquenz	151
1.6 Zur Sucht und psychiatrischen Diagnose	152
2. Zu den Ergebnissen der Psychodynamik	153
2.1 Zur Frustrationstoleranz	153
2.2 Zu den Beziehungen	154
2.3 Zur Realitätsprüfung	154
2.4 Zur Depressivität	155
2.5 Zur Narzisstischen Störung	155
2.6 Zur Überich-Struktur	156
2.7 Zu den Abwehrmechanismen	157
2.8 Zur Desintegrationstendenz	157
2.9 Zur Triebstruktur	158
2.10 Zur Chronizität	158
3. Zur Behandlung	159
3.1 Zur Motivation	159
3.2 Zum Setting	160
3.3 Zum Widerstand	162
3.4 Zur Beratung von Angehörigen und Umfeld	167
3.5 Zur Regression	167
3.6 Zur Übertragung	168
4. Zum Behandlungserfolg und Therapieabschluss	171
4.1 Zum Ende der Behandlungen	171
4.2 Betrachtungen zum Erfolg	172
4.3 Relevanz der Cluster für die Prognose	176
4.4 Wert für die Diagnostik	177
5. Zu den Fallgeschichten	178
6. Zur psychischen Ökonomie der Drogentherapeuten	179
 IX. Zusammenfassung	 183
 X. Literaturverzeichnis	 187
 XI. Anhang Fragebogen und Randauszählungen	 201

VERZEICHNIS DER TABELLEN UND ABBILDUNGEN

I. Epidemiologie von Delinquenz und Süchten.....	8
Tab. 1 Neuregistrierte Straftäter in der Bevölkerung Kanton Zürich 1987.....	11
Tab. 2 Anteil Frauen unter Tätern je nach Delikt.....	13
Tab. 3 Prävalenz von Anhängigkeit und Sucht.....	22
Tab. 4 Delinquenz in Normalbevölkerung vs. spätere Heroinabhängige	24
III. Methode	58
Tab. 5 Interrater-Reliabilität.....	61
Tab. 6 Verteilung der Probanden und Therapeuten	64
Abb. 1 Verteilung der Therapeuten auf Cluster	65
Abb. 2 Verteilung der Cluster auf Therapeuten	66
Abb. 3 Gruppierung der Probanden	68
Abb. 4 Baumdiagramm der Zusammenlegung zu Clustern.....	71
Abb. 5 Verteilung der Cluster in kanonischen Variablen	73
Abb. 6 Psychodynamik leicht gestörter Patienten	74
Abb. 7 Psychodynamik von Patienten mit desintegrativer Neurose	75
Abb. 8 Psychodynamik von Patienten mit neurotischer Depression	76
Abb. 9 Psychodynamik schizoid-narzisstischer Borderline-Patienten	77
Abb. 10 Psychodynamik depressiv-narzisstischer Borderline-Patienten	78
IV. Beschreibung der Stichprobe	79
Abb. 11 Verteilung der Geschlechter in den Clustern	79
Abb. 12 Verteilung der Delikte in Prozent.....	80
Abb. 13 Verteilung der Delikte pro Cluster	81
Tab. 7 Spezifität der Delikte für die Geschlechter	82
Tab. 8 HIV-Infektion	84
Tab. 9 Hirnorganische Beeinträchtigungen	85
Tab. 10 Abhängigkeiten und Süchte	85
V. Ergebnisse zur Psychodynamik	87
Abb. 14 Überich-Pathologie	95
Abb. 15 Einige Abwehrmechanismen der Cluster	97
Abb. 16 Desintegrationstendenz der Cluster.....	99
VI. Ergebnisse zur Behandlung	103
Abb. 17 Widerstände der Cluster	109
Abb. 18 Regression der Cluster	111
Abb. 19 Behandlungserfolg Psychodynamik.....	112
Abb. 20 Behandlungserfolg bei Sucht und Delinquenz	113
Abb. 21 Erfolg der Cluster in Sucht und Delinquenz	116
Abb. 22 Prognose am Schluss der untersuchten Zeit	118
Abb. 23 Prognose der Cluster	119
VIII. Diskussion der Ergebnisse	147
Abb. 24 Unterschiede zwischen Clustern in Schwere der Störung	176

0.EINLEITUNG

Ziel meiner Arbeit war ein zweifaches. Einerseits stellt sie einen Versuch dar, psychoanalytisches Wissen zumindest teilweise quantitativ zu erforschen, andererseits wollte ich möglichst viel von der langjährigen therapeutischen Erfahrung vieler Mitarbeiter des sozialpsychiatrischen Dienstes der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (SPD) mit delinquenten, süchtigen Patienten empirisch erfassen und darstellen. Delinquenz soll hierbei als kriminelles, vom Strafgesetzbuch verbotenes Verhalten gelten. Blosser Devianz von gesellschaftlichen Normen oder Verwahrlosung allein hingegen sollten in dieser Untersuchung nicht zur Delinquenz im engeren Sinn gehören. Sucht oder besser Abhängigkeit soll hier verstanden werden als (täglich mehrmals) ausgeführtes zwanghaftes Konsumverhalten.

Die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Delinquenten und Heroinsüchtigen gilt in weiten Kreisen aller psychotherapeutischen Schulen immer noch als undurchführbar oder hoffnungslos. Da dies für die ambulante Behandlung ohne medikamentöse Unterstützung auch weitgehend der Fall war (Sheffert et al. 1980), wurde zu den psychotherapeutischen Techniken im Umgang mit solchen Patienten noch recht wenig geforscht. Ganz anders ist hingegen die Sachlage, wenn zur Unterstützung der Psychotherapie eine Methadonsubstitution herbeigezogen wird, respektive wenn die Compliance eines Patienten im Methadonprogramm durch begleitende Gespräche ermöglicht oder verbessert werden soll. Zum psychologischen Umgang mit Methadonpatienten im allgemeinen und über verschiedene Konzepte der Behandlung existiert bereits eine recht umfassende Literatur. Im Drop-in Zürich und der Methadonberatungsstelle des sozialpsychiatrischen Dienstes hat sich aber in den vergangenen 10 Jahren eine grosse Erfahrung mit solchen Behandlungen angesammelt, die in ihrer Detailliertheit über die allgemeinen Konzepte hinaus reicht.

Im ersten Kapitel wurden empirische Befunde zur Verbreitung von Delinquenz und Süchten in der mitteleuropäischen Bevölkerung zusammengestellt. Dazu wurden auch Untersuchungen, die mehrheitlich aus dem amerikanischen Raum stammen, zur Verbreitung von Psychopathologie unter Süchtigen zitiert. Das zweite Kapitel widmet sich

ausschliesslich der psychoanalytischen Darstellung von dissozialen Charakterstörungen und deren analytischer Behandlung, wie sie von Rauchfleisch (1981) abgehandelt wurden. Dieses Buch bildete die Basis für die Befragung der Therapeuten. Als drittes wurden die methodischen Probleme meiner Dissertation und die verwendeten statistischen Verfahren erörtert und die gefundene Clusterlösung veranschaulicht. Anschliessend wurden die Merkmale der Stichprobe von 40 Patienten untersucht. Im fünften und sechsten Kapitel wurden die Ergebnisse der Psychodynamik und der Behandlung dieser Patienten dargestellt. Im siebten Kapitel wurde die gefundene Cluster-Einteilung der Stichprobe beschrieben und zu jedem Cluster mindestens ein Fallbeispiel erzählt und diskutiert. An achter Stelle schliesslich folgte die ausführliche Diskussion der Ergebnisse, auch im Lichte verschiedener psychoanalytischer Theorien. Wer einmal gewisse Ergebnisse ganz im Detail wissen möchte, kann im Anhang die Resultate direkt aus dem Fragebogen herauslesen.

Formal habe ich, im Bewusstsein, ein sexistisches Sprachmuster zu verwenden, immer von dem Patienten oder dem Therapeuten geschrieben, obwohl es sich dabei mehrheitlich um Frauen handelte. Ausser in den Fallbeispielen, wollte ich, um die wahre Identität der PatientInnen möglichst zu verschleiern, das Geschlecht der PatientInnen oder TherapeutInnen nicht bekannt geben. Bei den Fallbeispielen habe ich zum Schutz der PatientInnen kleine Veränderungen, die zum Verlauf der Behandlung unwesentlich waren, angebracht.

Der Titel "die Einsamkeit des Langstreckenläufers" stammt aus der Novelle von Alan Sillitoe (1959), deren Protagonist ein jugendlicher Krimineller im Erziehungsheim ist. Nach der Schilderung der delinquenten Laufbahn in Ich-Form erzählt Sillitoe dessen ambivalente Haltung gegenüber der Rehabilitation, die er zwar mit Ehrgeiz anstrebt, aber zum Schluss absichtlich sabotiert, um den Autoritätspersonen eins "auszuwischen". Die Rehabilitation von Delinquenz und Sucht ist für den Patienten eine enorme Leistung, die grosse Ausdauer erfordert. Oft lassen Erfolgserlebnisse jahrelang auf sich warten, obwohl der Patient sich schon sehr angestrengt hat. Ein "einsamer Langstreckenläufer" ist jedoch auch der Drogentherapeut. Einerseits wird von ihm ein starkes emotionales Engagement und eine lange, teure Ausbildung gefordert, anderseits bleibt ihm die gesellschaftliche Anerkennung dafür weitgehend verwehrt. Und mit einem Quentchen Selbstmitleid am Schluss der Dissertation sah ich auch meine eigene Person als "Langstreckenläuferin" in einsamen nächtlichen Arbeitsstunden.

DANK

Für die unkomplizierte Betreuung bei meiner Arbeit möchte ich Herrn Professor Uchtenhagen und Frau Anja Dobler-Mikola herzlich danken. Sie erlaubten mir eine unkonventionelle Forschungsmethode und waren mit Hilfe zur Stelle, wenn ich sie brauchte. Vielfältige Anregungen zum Thema und Unterstützung erhielt ich in spannenden Diskussionen mit meinem Oberarzt Marco Olgiati und Herrn Professor Rauchfleisch. Ein Kränzlein winden möchte ich auch meinen Kollegen im Drop-in, namentlich Bruno Kägi, Kathrin Lengweiler, Ruth Lötscher, Barbara Meier, Heidi Meier, Thomas Merki, Jacobo Thurthaler und Doris Wüthrich. Sie hatten sich mit grossem Einsatz und Hilfsbereitschaft für die Befragung zu Verfügung gestellt und hatten mir ihre reichhaltige therapeutische Erfahrung in den Fallbeispielen vermittelt. Ohne ihre kollegiale, offene Art wäre eine solche Arbeit undenkbar.

I.EPIDEMIOLOGIE VON DELINQUENZ UND SÜCHTEN

1. Methodische Vorbemerkungen

Genaue Zahlen zur Inzidenz, Prävalenz oder dem "life-time risk" und Dunkelziffer von deviantem Verhalten in der Bevölkerung sind schwierig zu erheben. Im Falle der Delinquenz wären mögliche Quellen die Kriminalstatistik der Kantone, das Bundesamt für Statistik und das Zentralstrafregister. Abgesehen von der Dunkelziffer besteht die Schwierigkeit darin, dass man erst vor kurzem (wenn überhaupt), begonnen hat täter-bezogene Untersuchungen anzustellen. In der Regel sind alle diese Statistiken deliktbezogen geführt worden. Beim Zentralstrafregister besteht die Schwierigkeit, dass die Einträge erst mit Verspätung erfolgen und nach einigen Jahren oder nach dem Tod der Person gelöscht werden. Bei denjenigen Untersuchungen, die eine repräsentative Stichprobe aus der Normalbevölkerung wählen, sind gerade die Zahlen zu seltenerem (das z.B. unter 1% der Bevölkerung betrifft) deviantem Verhalten, wie Heroinabhängigkeit zu wenig akkurat. Zusätzlich muss man annehmen, dass gerade die Interview-Verweigerer solcher Untersuchungen besonders häufig einer gesellschaftlichen Randgruppe angehören und möglicherweise einen delinquenten, süchtigen oder sonst wie devianten Lebensstil führen. Also würde wiederum gerade die Dunkelziffer nicht erfasst. Leider wurden bei vielen repräsentativen epidemiologischen Untersuchungen zum Konsum illegaler Drogen nicht zwischen regelmässigen Konsumenten weicher Drogen wie Haschisch und den eigentlichen Drogenabhängigen von harten Drogen wie Heroin oder Kokain unterschieden (Bsp. die von Welz an geführten Studien in: Feuerlein et al. (Hrsg.) 1989 S.9 ff). Diese ideologisch bedingte Verwischung klinisch-psychiatrisch relevanter Unterschiede führt dazu, dass solche Studien eigentlich nur über die Verbreitung des Konsums weicher Drogen, die prozentual den weitaus grössten Anteil stellen, Auskunft geben.

2. Häufigkeit von Delinquenz

2.1 Dunkelziffer

Wie wird die Dunkelziffer, der nicht bekannten Straftäter oder Straftaten berechnet? Für die Abschätzung der Anzahl Täter unter der Bevölkerung bietet sich die anonyme Befragung von repräsentativen Stichproben an, über Straftaten, die von

den Probanden schon je begangen worden sind. Für die Erhebung der unaufgedeckt gebliebenen Straftaten kann man auch die Probanden über Erfahrungen, Opfer von Straftaten geworden zu sein, befragen. Zur Relation von aufgeklärten versus unaufgeklärten Taten insgesamt rechnete Schwind (in: Schneider 1983 S.228ff) mit Raten von 1:3 bis 1:160. Die Zahlen stammen aus der Bochumer (1975/6) und Göttinger (1973/4) Opfer- und Täterbefragung an einer Durchschnittsstichprobe. Die Schwankungen erklären sich aus verschiedenen Tatorten (Stadt, Land) und Delikten. Im Detail wurden von angegebenen Bagatelldelikten nur ca. 1-10% aufgeklärt, von Diebstählen (ohne Ladendiebstahl) ca. 12-30%, von vorsätzlicher Körperverletzungen 9-25%. Ähnliche Aufklärungsraten berichtete Jensen (1980 S.54) aus den USA für polizeilich gemeldete Straftaten: Diebstahl 20%, Fahrzeugdiebstahl 15%, Einbruch 16%, Raub 27%, Vergewaltigung 51%, schwere Körperverletzung 62% und Mord 75%. Im Zusammenhang zwischen Taten und Anzahl Täter scheint eine relative kleine Anzahl von polizeilich bekannten Täter für einen beträchtlichen Teil von Delikten verantwortlich. Shannon fand in den frühen fünfziger Jahren, dass 5-16% von jugendlichen Straftätern 38-50% der Polizeikontakte ausmachten. Dasselbe konnte übrigens auch bei den weiblichen Straftäterinnen festgestellt werden: 5-8% der Täterinnen machten 41-44% der Polizeikontakte aus (Jensen 1980 S.54).

Verschiedene Täter-Befragungen von Studenten, Schülern und Soldaten ergaben, dass delinquentes Verhalten überaus verbreitet ist. Oft bekannten sich nahezu 100% der Befragten, natürlich anonym, zu mindestens einem der gefragten Delikte (Schwind in: Schneider 1983 S.220). Natürlich waren die zugegebenen Delikte in den allermeisten Fällen leichter oder mittelschwerer Art (Bagatellen, Ladendiebstahl, Fahrzeugentwendung, Betäubungsmitteldelikte, Raufhandel, Unzucht mit Kindern¹). Offenbar bleibt der grösste Teil aller Straftaten unentdeckt; Gerichte kannten anscheinend nur gerade 16.4% der Gesetzesbrüche von Vorbestraften und sogar nur 0.1% der Taten von nicht bestraften Oberschülern. Ein einfacher Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Delinquenzbelastung konnte nicht eruiert werden. Die verschiedenen Statistiken hierzu bleiben kontrovers unter anderem deshalb, weil der soziologische Begriff der Schichtzugehörigkeit nur schlecht operationalisiert werden kann. Einige Untersuchungen behaupteten, Polizeiauffälligkeit sei in erster Linie eine Funktion der Delikthäufigkeit und der Schwere der Delikte und weniger eine Frage, ob die Eltern der Täter der Mittel- oder

¹Anm. HH: die Beurteilung von Unzucht mit Kindern als leichtes oder mittelschweres Delikt stammt von Schwind und nicht von mir.

der Unterschicht zuzurechnen seien. Andere behaupteten dagegen allerdings, dass junge Männer aus der Unterschicht mehr und schwerere Taten (v.a. mehr Aggressionsdelikte) bei den Befragungen zugegeben hätten. Geschlechtsspezifische Unterschiede sollen, wie diverse Untersuchungen ergaben, auch im Dunkelfeld deutlich sein (Schwind in: Schneider 1983 S.221). Ins grosse Feld der Dunkelziffer gehören auch die sogenannten "white collar criminals". Darunter versteht man Personen in gesellschaftlichen geachteten Berufen, die unter Ausnutzung ihrer Position und spezieller Fachkenntnisse Straftaten begehen. Trotz oftmals gravierender Kriminalität sind sie für die Justiz weitgehend unangreifbar, weil sie entweder im Rahmen von Gesetzeslücken in einer Grauzone operieren oder von Geheimdiensten respektive dem organisierten Verbrechen unterstützt werden (Garbely & Auchlin 1990).

Im Speziellen wurde die Dunkelziffer von Delinquenz unter Drogenabhängigen in einer gesamtschweizerischen Untersuchung (Bickel, Bösch & Uchtenhagen 1976 S.31 ff) mit ungefähr 50% angegeben. Damals war offenbar nur jeder zweite Fixer bei der Justiz bekannt. Zehn Jahre später bei einer Deutschschweizer Stichprobe (von n=248) (Uchtenhagen, Meyer-Fehr & Zimmer-Höfler 1988 S.15, Zimmer 1979, Uchtenhagen & Zimmer-Höfler 1985, Zimmer-Höfler et al. 1987), lag aber die Dunkelziffer der nicht juristisch erfassten Betäubungsmitteltäter unter Fixern um einiges tiefer, nämlich zwischen 11-25%. Insgesamt 17% der Probanden von 1986 waren nie verurteilt, 8% nur wegen nicht betäubungsmittelspezifischen Delikten, was zusammen also eine Dunkelziffer von 25% ergibt. Unerwarteterweise kam durch die Selbstangaben im Interview über Polizeikontakte und Verurteilungen eine tiefere Zahl (16%) als Dunkelziffer im Vergleich zum Zentralstrafregister heraus. 8% hatten laut Selbstangaben nie Polizeikontakt und weitere 3% hatten Polizeikontakt aber keine Verurteilung gehabt. Eine Gegenüberstellung von Selbstangaben und Strafregisterdaten zeigte, dass 3% der Probanden registrierte Verurteilungen den Forschern verheimlicht hatten, während 8% der Patienten Verurteilungen berichteten, die offenbar nicht nach Bern gelangt waren. Eklatant war, wie die Dunkelziffer der, nicht im Strafregister verzeichneten Probanden schwankte, je nach der therapeutischen oder strafenden Institution, in der sie sich befanden (Uchtenhagen & Meyer-Fehr S.19). Von den Patienten in ambulanter Behandlung mit Methadon waren 21% nicht verzeichnet, von den ambulanten Patienten in drogenfreier Behandlung sogar 50%. Am häufigsten verurteilt (95-96%) waren die Probanden aus den Gefängnissen und den hierarchisch geführten therapeutischen Gemeinschaften.

2.2 Prävalenz und Inzidenz von Delinquenz

Die Prävalenz von mindestens einmal verurteilten Straftätern in der Bevölkerung ist mit über 30% recht hoch. Dies gilt aber nicht für die Prävalenz von Wiederholungs- oder Gewohnheitstätern, die man als eigentliche "Verbrecher" bezeichnen könnte. Keske (1983 S.70) erwähnt anhand der Tübinger Jungtäteruntersuchung 1965-71 (n=200 ehemalige Häftlinge und n=200 Vergleichsprobanden) einen Anteil registrierter Straftäter unter der jüngeren (20-30 Jahre alten) männlichen Bevölkerung von ca. 25%. Bis zum 31. Lebensjahr waren rund 30% der Vergleichsprobanden wegen eines Verbrechens oder Vergehens gerichtlich sanktioniert worden. Die Zahl von 30% ist allerdings schon wieder zu tief gegriffen, da die Jugendstrafen und die schon aus dem Strafregister getilgten Strafen dabei nicht erfasst worden sind. Auch Jensen (1980 S.56) fand heraus, dass unter den amerikanischen Jugendlichen 16-25% schon einmal vor Gericht standen. In der Studie von Uchtenhagen und Zimmer zur Opiatabhängigkeit unter Jugendlichen (1985 S.125) fanden sich bei der Kontrollgruppe (n=513, Durchschnittsalter=23) aus der Normalbevölkerung 69.8%, die noch nie Polizeikontakt hatten, 2.1%, die wegen Betäubungsmittel- und ev. andern Delikten Polizeikontakt hatten und 28.1%, die allein wegen andern Delikten Polizeikontakt gehabt hatten. Verurteilungen zu Haftstrafen hatten 3.7% bedingt und 2.3% unbedingt. Das heisst, dass die Bagatelldelikte hauptsächlich verantwortlich sein müssen, für den hohen Anteil von Polizeikontakten von "normalen" Bürgern. Auch in der Tübinger Jungtäteruntersuchung fanden sich nur 3.7% persistent Straffällige (d.h. mehr als 3 Verurteilungen). Die weitverbreitete Ansicht, dass Vorbestrafte leicht rückfällig würden, muss unter diesen Gesichtspunkten als widerlegt gelten. Vorübergehende Delinquenz scheint auch unter Berücksichtigung, dass ein grosser Teil der Vergehen wahrscheinlich gegen das Strassenverkehrsgesetz stattgefunden hat, ein unter jungen Männern häufiges Phänomen zu sein.

Aus der Kriminalstatistik des Kantons Zürich (Krista) kann man Schlüsse auf die jährliche Inzidenz von strafrechtlich erfassten Neutätern in der Bevölkerung ziehen. Dabei ist bei diesen Zahlen zu beachten, dass nur diejenigen Täter notiert sind, die polizeilich in Erscheinung getreten sind. Dazu handelt es sich bei den in der Krista verzeichneten Tätern nicht um "Real-Täter", sondern zu jeder Tat wird ein Täter neu notiert, so dass die gleiche Person also mehrmals als Täter in der Statistik erscheinen kann. Immerhin kann man bei den Tätern, die nicht unter der Rubrik "bereits kriminalpolizeilich in Erscheinung getreten" (BEKG) fungieren,

die also erstmals von der Polizei als Täter notiert wurden, von einer echten Täter-Statistik ausgehen. Unberücksichtigt bleibt aber die Dunkelziffer.

Tab.1: Neuregistrierte Straftäter in der Bevölkerung des Kanton Zürich 1987

Bevölkerung	Einwohner	Männer	Frauen
Anzahl	1'133'362	ca 555'347	ca 578'015
prozentual	100%	ca 49%	ca 51%
Verstoss gegen	Total	Männer	Frauen
StGB&BetmG *	0.589%	0.903%	0.286%
StGB	0.494%	0.757%	0.241%
Leib & Leben	0.071%	0.123%	0.021%
Vermögen	0.331%	0.494%	0.174%
Sittlichkeit	0.013%	0.026%	0.001%
BetmG	0.100%	0.156%	0.047%

(* die Summe von StGB und BetmG stimmt nicht ganz überein, da bei den, in der Krista genannten Zahlen eine Differenz von 67 Personen auftritt, Anm. HH)

Quelle: Kantonspolizei Zürich (Hrsg) 1987 S.40 ff

Zur Inzidenz lässt sich sagen, dass bei den Verstössen gegen das Strafgesetzbuch von den Frauen etwas mehr als die Hälfte (63%) zum ersten Mal bei einer Straftat von der Polizei registriert wurde, während bei den Männern weniger als die Hälfte (44%) erstmalig polizeilich in Erscheinung getreten ist. Bei den Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz hingegen waren beide Geschlechter etwa gleich, nämlich nur zu einem Drittel (29%) neu von der Polizei erfasst worden (Krista 1987 S.40ff). Im Klartext heisst das, dass jährlich fast 1% der Männer und 0.3% der Frauen im Kanton Zürich neu straffällig werden. Auch gesamtschweizerisch geht man von einer ähnlichen, etwas tieferen Quote, nämlich 10.5 Verurteilte pro 1'000 Einwohner und Jahr aus (BFS Dez. 1988).

2.3 Männliche und weibliche Delinquenz

Unterschiede zwischen Frauen und Männern können anhand der Deliktstatistik von Veillard-Cybulska (in Haesler 1982 S.175-200) erörtert werden (vgl. Tab.2). Sie untersuchte anhand der Einträge ins Zentralstrafregister von 1974-78 die Häufigkeiten verschiedener Delikte bei Männern und Frauen. Die Verurteilten verteilten sich vor allem auf Strassenverkehrsgesetz (46%) und

Strafgesetz (38%). Damals waren nur 4% der Verurteilten wegen Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz bestraft worden (vgl.: 5.8% im Kanton Zürich 1987); die restlichen Prozente verteilen sich auf andere Delikte (z.B. Militärstrafgesetz). Die generelle Häufigkeit von Verurteilten wegen Verstössen gegen das StGB betrug jährlich ca. 1%, gegen das Strassenverkehrsgesetz ca. 0.5% und gegen das BetmG ca. 0.05%. Der prozentuale Anteil an Frauen in den Verstössen betrug 1978 im Mittel 10%, im Strassenverkehrsgesetz am wenigsten nur 7%, im StGB 18% und im BetmG 16%. Ähnliche Prozentzahlen fanden sich in der neueren Kriminalstatistik des Kantons Zürich (Krista 1987 S.40 ff) (vgl. Tab.2). Bei den Betäubungsmitteldelikten und den Taten gegen Leib und Leben war im Vergleich zur gesamtschweizerischen Statistik von 1978 ein Anstieg von 4% bei der weiblichen Kriminalität zu verzeichnen, bei den Eigentumsdelikten jedoch ein ebenso grosser Rückgang.

Ähnliche Quoten, die den Anteil weiblicher Straftäter insgesamt und bei Rauschgiftdelikten bei knapp 20% schätzen, wurden von Gerchow (in: Feuerlein 1981 S.98) für die Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1979 angegeben. Der Anteil Frauen steigt seit mehreren Jahren leicht aber stetig an. Dieses neue soziale Phänomen wird in erster Linie als Folge der Entstehung der Drogenkriminalität in den 60er Jahren und ihrer verschärften staatlichen Repression seit Beginn der 70er Jahre verstanden (BFS Dez. 1988). Im Bezug auf die einzelnen Deliktarten zeigt sich, dass es typisch weibliche und typisch männliche Delikte gibt. Generell sind die Verbrechen von Frauen weniger schwerwiegend und vermehrt im Bereich von harmloseren Vermögensdelikten zu suchen (Jensen 1980 S.66).

Tab.2: Anteil Frauen unter Tätern je nach Delikt

Verstösse	Kt ZH 1987	Schweiz 1978
ganzes StGB	18.8%	18%
Vermögen allgemein	19.5%	23.4%
Diebstahl allg	19.4%	.
Ladendiebstahl	41.0%	.
Einbruch	7.5%	.
Hehlerei	14.2%	.
Betrug	14.4%	.
Fälschungen	17.7%	.
Zechprellerei	16.6%	.
Sachbeschädigung	8.0%	.
Raub	4.3%	.

Leib und Leben allg	12.9%	8.1%
Tötung	14.7%	.
Körperverletzung	9-13.6%	.
fahrläs Töt&Kö'verl	12.5%(ohne Verkehr)	.
Tätlichkeit	15.0%	.
Betäubungsmittel allg	20.9%	16.0%
Konsum	21.7%	.
Handel	16.7%	.
Sittlichkeit allg	3.7%	3.0%
Strassenverkehr allg	.	7.0%
Quellen: Kantonspolizei Zürich (Hrsg) 1987 S.38		
Veillard-Cybulska in Haesler (Hrsg) 1982 S.175		

Diebstahl, für beide Geschlechter das häufigste Delikt überhaupt, kommt in gewissen Formen z.B. Ladendiebstahl, Entreiss- und Taschendiebstahl besonders häufig bei Frauen vor. Täter, die gegen das Vermögen verstossen, wurden jährlich ca. 0.4 % bei Männern registriert und bei Frauen ca. 0.1%. Qualifizierter Diebstahl und Raub sind hingegen typisch männliche Delikte, die weniger von Frauen begangen werden (S.182). Unter den Straftätern, die zur Blutentnahme zwecks Feststellung des Alkoholgehalts gekommen waren, fanden sich unterdurchschnittlich viele Frauen nämlich nur 4.5%. Auffällig ist auch, dass der Frauenanteil beim Betäubungsmittelhandel mit 16% unter dem Anteil weiblicher Drogensüchtiger (25-33%) und unter dem Anteil an weiblicher Gesamtkriminalität (20%) liegt. Übertretungen gegen Leib und Leben sind für Frauen weniger typisch, die Kriminalität der Frauen ist weniger blutig als die der Männer. Ihr Anteil bewegt sich im durchschnittlichen Rahmen von rund 10% der Täter für fahrlässige Tötung und fahrlässige Körperverletzung (oft im Strassenverkehr). Bei einfacher und schwerer Körperverletzung oder Tötungsdelikten liegt der prozentuale Frauenanteil tiefer als Durchschnitt. Im Kanton Zürich ist 1987 jedoch der Anteil der Frauen an den Delikten gegen Leib und Leben beträchtlich gestiegen. Die in früheren Zeiten typischen Gewaltdelikte von Frauen nämlich Kindsmord und Abtreibung sind dank verbesserter Verhütung und legalen Abtreibungsmöglichkeiten fast verschwunden. Sittlichkeitsdelikte zuletzt sind für Frauen, die weniger als 4% der Täter stellen, ganz und gar untypisch. Eine gewisse Verfälschung, die die Männer als krimineller darstellt als sie in Wirklichkeit sind, ergibt sich teilweise aus der gesellschaftlichen Rollenverteilung. Delikte gegen das

Militärstrafgesetz können beispielsweise äusserst selten von Frauen begangen werden. Verkehrsdelikte sind bei den Männern u.a. auch deshalb häufiger, weil Männer sich öfters ans Steuer eines Motorfahrzeugs setzen.

2.4 Psychopathologie von Delinquenten

Die Psychopathologie von Straftätern generell wird durch das Strafgesetzbuch vordefiniert, da durch die Sanktionen eine Unterteilung in "geistig Abnorme" und Süchtige versus "psychisch Unauffällige" entsteht. Göppinger (1983 S.130 ff) untersuchte anfangs 70er Jahre in der Tübinger Jungtäteruntersuchung (n=200 Häftlinge Durchschnittsalter=25, 200 Vergleichsprobanden=VG, Durchschnittsalter=26) unter anderem die Psychopathologie von Straftätern. Er diagnostizierte bei den Delinquenten 7.5% Verstimmungszustände (VG: 1%), Sprachstörungen wie Stottern 5.5% (VG: 1%), Intelligenztiefstand 15% (VG: 5%), Perseverieren und Kleben am Thema 37% (VG: 12%), schlechte Urteilsfähigkeit und Selbstkritik 32-35% (VG: 3-5%). Psychosen traten selten auf 1% (VG: 0.5%), da solche Täter weniger in den normalen Strafvollzug gelangen. Er fand häufig "Persönlichkeitszüge, die man als Verdünnungen von einigen für psychopathische Persönlichkeiten typische und sie beherrschenden Eigenschaften (i.e. expansiv, stimmungslabil, explosiv, willenlos, leicht beeinflussbar und geltungsbedürftig) bezeichnen kann". Drogensucht bestand damals noch bei keinem der Probanden, hingegen war regelmässiger erheblicher Alkoholkonsum bei 59% der Täter (VG: 9%) vorgekommen. 16.5% der Delinquenten hatten schon einen Selbstmordversuch unternommen (oft in der Haft) (VG: 0.5%). Leider sind diese Ergebnisse, da nicht mit dem zuverlässigeren Messinstrument des DSM-III ausgewertet, heute schwer mit andern Untersuchungen zu vergleichen. Eine andere Untersuchung in Missouri, USA (Guze 1976) machte mit 223 männlichen Häftlinge (Durchschnittsalter=27.5) psychiatrische Interviews und nach 8-9 Jahren ein Follow-up (n=176). Bei der Diagnosestellung wurde zwar noch nicht DSM-III verwendet, jedoch wurden für jede Diagnose zum voraus genaue Kriterien festgelegt, die dem heutigen DSM-III etwa vergleichbar sind. Guze (1976 S.45) fand bei 78% der Probanden die Diagnose antisoziale Persönlichkeit, bei 43% eindeutiger Alkoholismus (bei 11% dazu fraglicher Alkoholismus), bei 12% eine angstneurotische Symptomatik, bei 5% Substanzenabhängigkeit. Insgesamt hatten 90% der Probanden eine oder mehrere Diagnose erhalten. 7% der Probanden waren schon psychiatrisch hospitalisiert gewesen. Im Vergleich waren beim Follow-up Interview nur noch 52% (der 176 zweimal untersuchten) Probanden als antisoziale Persönlichkeiten diagnostiziert worden. Auch der Alkoholismus ging zurück auf 26%, während die

Substanzenabhängigkeit weiterhin bei 5% zu beobachten war. Heute hat man es in den Gefängnissen mit einem hohen Prozentsatz von Heroinabhängigen zu tun z.B. in Kalifornien 1981 fast 42% von n=624 Gefangenen (Peterson et al. 1981 S.148).

3. Häufigkeit von Abhängigkeiten und Psychopathologie

3.1 Prävalenz Opiatabhängigkeit

Opiatabhängigkeit in der Bevölkerung bewegt sich auf jeden Fall höchstens in der Grössenordnung von Promillen. In repräsentativen Stichproben von jungen Leuten beispielsweise der Kontrollgruppe von Uchtenhagen und Zimmer 1985 (n=513 Durchschnittsalter=23) oder der Stichprobe von Hornung et al. 1983 (n=1446 Alter=15-25) war kaum ein Proband richtig heroinsüchtig. Hingegen waren bei beiden Stichproben 2-4% Heroin-Probierer und Gelegenheitskonsumenten zu verzeichnen. Wahrscheinlich ist der Missbrauch von harten Drogen ohne nachfolgende Abhängigkeit sehr viel verbreiteter als man früher annahm. Die epidemiologischen Zahlen zum Missbrauch von Heroin und Kokain ohne eigentliche Sucht schwanken zwischen 40% und 90% der Personen, die aktive Drogenkonsumenten sind (Harding 1988 S.1248). In England wurde die Prävalenz von bekannten Opiatmissbrauchern in Wirral bei Liverpool 1984-5 von Parker et al. (1987 S.147 ff) ermittelt anhand aller Institutionen in den betreffenden Gemeinden (Polizei, Spitäler etc.). Dabei ergab sich eine Prävalenz von 0.39% der Gesamtbevölkerung resp. 0.44% der erwachsenen Bevölkerung. Unter den Männern war die Prävalenz 0.62%, unter den Frauen 0.16%. Am höchsten lag die Prävalenzrate natürlich in der Altersklasse von 16-24-Jährigen mit 1.8%. Interessanterweise waren bei Justiz und Polizei verhältnismässig mehr männliche Opiatmissbraucher bekannt (Verhältnis m:f=5:1) als im Durchschnitt (Verhältnis m:f=3:1). Anhand der Personen, die den therapeutischen Institutionen bekannt waren (n=652), wurde die Anzahl an täglichen Opiatkonsumenten auf ungefähr 50% aller geschätzt und etwa 12% der Personen applizierten die Drogen intravenös.

Die Prävalenz von Heroinabhängigkeit im Kanton Zürich kann anhand der Zahlen aus dem Zürcher Aids-Interventionsprojekt grob geschätzt werden. So rechnet man mit ca. 3'000-4'000 Fixern in der Stadt Zürich. (Hornung et al. 1990 S.1) davon sind 2'000-3'000 nur Gelegenheitsfixer, d.h. die Drogenaufnahme findet nur alle 2-5 Tage statt (Hornung et al. 1990 S.3). Von den Benützern der ZIPP Anlaufstelle waren ca. 75% Männer und 25% Frauen (Hornung et al. 1990 S.12). Eine

Untersuchung der Virusdurchseuchung in der Zürcher Fixerszene zeigte (Röhrig & Grob zit. in: Hornung et al. 1990 S.21), dass 53% Quartals- und Wochenendfixer, 18% mittelschwer Abhängige (alle 2-3 Tage) und 29% schwer Abhängige, die täglich spritzen. Daraus folgt, dass in der Stadt Zürich ungefähr 1'000-1'300 Personen zum harten Kern der Heroinformixer gezählt werden müssen. Anzumerken ist allerdings, dass es 1989 1'800 Methadonpatienten allein im Kanton Zürich gab. Für die Prävalenz des Heroinmissbrauchs ergibt sich also, wenn man von 1.2 Mio. Einwohner im Kanton Zürich ausgeht, eine Zahl von ca. 0.2-0.4%, die Prävalenz der Heroinsucht liegt ungefähr bei 0.1-0.2%. Dieselben Werte stellt übrigens auch der Bericht der SFA (1988 S.40) für die gesamte Schweiz zur Verfügung.

3.2 Psychopathologie von Heroinabhängigen

Geerlings (1988) fand unter Methadonpatienten (n=203) in den Niederlanden sehr unterschiedliche diagnostische Verhältnisse. Rund ein Drittel (33%) zeigte keine ausgeprägte psychopathologische Symptomatik nach DSM-III, während ein knappes Drittel (31%) die Kriterien für die antisoziale Persönlichkeitsstörung nach DSM-III erfüllten. Eine schwere Psychopathologie auf Achse 1 des DSM-III wiesen etwas mehr als ein Drittel der Patienten (36%) auf. Eine andere Untersuchung (Swift et al. 1990 S.629 ff) erfasste 150 Opiatabhängige (Durchschnittsalter=27) in einer Beratungsstelle in Sydney und untersuchte mit einer 28-Item Skala, die somatischen, depressiven, angstneurotischen (anxiety) und sozialen Symptome. Interessanterweise waren in dieser Studie, die eine repräsentative Auswahl der Patienten jener Beratungsstelle darstellt, 51% männlich und 49% weiblich. 39% der Probanden hatten weniger als 5 Items angekreuzt und waren somit unauffällig. Dafür zeigten 61% der Probanden deutliche psychopathologische Symptome (vgl. dazu: 20% der Australischen Durchschnittsbevölkerung). Die Frauen hatten einen Durchschnittswert von 11 Items, die Männer einen etwas tieferen von 8 Items (nicht signifikant).

Bei Beginn der Behandlung sind Depressionen unter Opiatabhängigen sehr verbreitet. Rounsaville et al. (1982a S.151 ff) berichteten, dass 44% der von ihnen interviewten Heroinsüchtigen (n=157), die eine Therapie begannen, am Anfang mittel bis schwer depressiv waren (life-time: 70%). Nach sechs Monaten waren immer noch 38% depressiv. In einer grösseren Stichprobe (n=533) fanden Rounsaville et al. (1982b S.161 ff), dass zwei Drittel ihrer Probanden entweder chronische oder episodische Depressionen hatten. In der Schwere waren die Symptome von depressiven Süchtigen durchaus denjenigen von Suizidalen vergleichbar, hingegen scheinen sie einer hohen

Fluktuationsrate zu unterliegen. Daneben berichteten Rounsaville et al. (1982b S.161 ff) auch andere diagnostische Resultate einschliesslich der Häufigkeit der antisozialen Persönlichkeitsstörung, die für Heroinabhängige zwischen 26-54% lag, je nach diagnostischem Messinstrument. Khantzian und Treece (1985 S.1067 ff) evaluierten eine Stichprobe (n=133), die gemischt aus Heroinabhängigen in Therapie oder ausserhalb bestand. Neben der Sucht fanden sie bei 77% eine Störung auf Achse I des DSM-III, vor allem affektive Störungen 60% (das waren 56% Depressionen und 4% gemischt manisch-depressive) und angstneurotische Störungen 11%. Auf der Achse-II (Persönlichkeitsstörungen) erhielten 65% der Untersuchten eine Diagnose. Darunter subsummierten sie die paranoide, schizoide, schizotypische Persönlichkeitsstörung mit 8% (=TypA), zweitens (TypB), die histrionische, narzisstische, antisoziale (35% aller) und die borderline Störungen mit 45% der Untersuchten und drittens (TypC), die vermeidende, abhängige, zwanghafte und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung mit 9%. Insgesamt wurden 93% der untersuchten Heroinsüchtigen als diagnostisch irgendwie auffällig eingestuft.

Multipler Substanzen-Missbrauch ist unter Heroinabhängigen wie unter den andern Süchtigen sehr verbreitet. Bei unbehandelten Opiatsüchtigen (n=131) in den USA fanden sich 24%, die Sedativa und Tranquilizers brauchten, 62% Kokain, 59% Marihuana und 32% Alkohol (Hunt et al. 1986 S.153). Bei Methadonpatienten (n=260) seit 2.5 Jahren in Behandlung fanden Kosten et al. (1987 S.282) 26%, die jede Woche Kokain nahmen. Unter den Kokainmissbrauchern fand sich eine höhere Depressionsrate mehr psychosoziale Probleme im Vergleich zu andern Methadonpatienten (Kosten 1988 S.176ff). Uchtenhagen & Zimmer (1985 S.120) fanden unter Heroinsüchtigen ca. 10%, die regelmässigen Konsum von Alkohol angaben, was weniger als die Hälfte der (nicht süchtigen) Vergleichspopulation (26.3%) ist. Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass zum Untersuchungszeitpunkt die Hälfte der Opiatabhängigen in stationären Institutionen befand, wo kein Alkoholkonsum toleriert wird. Khantzian & Treece (1985 S.1067ff) fanden einen hohen Prozentsatz von verschiedenen Substanzenmissbrauchern unter Opiatabhängigen (n=133) in verschiedenen Behandlungsinstitutionen. Sedativa und Schlafmittel brauchten 23% der Probanden, Alkohol 14% und Cannabis 13%. Hunt et al. (1986 S.153) fanden sogar, dass 32% der Methadonpatienten (n=368) regelmässig bis exzessiv tranken und 16% schwere Trinker waren.

Endogene Psychosen (bipolare Affektpsychosen und Schizophrenien) fanden sich in allen Untersuchungen nur bei

einem verschwindend kleinen Prozentsatz von circa 0-4% der Heroinsüchtigen (z.B. Khantzian & Treece 1985 S.1071).

Diagnostische Befunde hatten auch prognostisch für den weiteren Behandlungsverlauf eine nicht unerhebliche Bedeutung. Patienten, die zu Anfang der Behandlung depressiv waren, hatten im Bezug auf die Abstinenz von illegalen Drogen nach 6 Monaten die schlechtere Prognose als die Übrigen (Rounsaville et al. 1982 S.154). Ebenfalls besonders häufig geraten Süchtige in Lebenskrisen aller Art. Kosten und Rounsaville et al. (1986 S.735) untersuchten, ob ein grosser Leidensdruck in Form von Depressionen oder Krisen, die Behandlungsprognose im Bezug auf die Einhaltung von Abstinenz im Methadonprogramm beeinflusse (Stichprobe n=261). Es zeigte sich (Signifikanz $p < 0.05$), dass Patienten ohne Depressionen oder grössere Krisen (48% der Stichprobe), die beste Prognose hatten (Abstinenzrate=51%). An zweiter Stelle folgten die rein depressiven Patienten (14% der Stichprobe) mit einer Abstinenzrate von 42%, an dritter Stelle die Krisenanfälligen (26% der Stichprobe, Abstinenzrate=33%) und mit schlechtester Prognose diejenigen, die sowohl depressiv als auch in Lebenskrisen steckten (13% der Stichprobe, Abstinenzrate=29%). Woody et al (1985 S.1081 ff) untersuchten im Rahmen eines Projekts zur Evaluation der Effektivität von professioneller Psychotherapie bei männlichen Methadonpatienten (Alter=18-55) das Behandlungsergebnis nach 24 Wochen in Abhängigkeit der Diagnose. Eine Gruppe von 16 Patienten, die keine auffällige Psychopathologie neben der Sucht zeigte, hatte demnach den grössten Behandlungserfolg; signifikante Verbesserungen fast in jeder Hinsicht waren zu beobachten. Eine zweite Gruppe von schwer depressiven (alle Diagnosen nach DSM-III) Methadonpatienten (n=16) und eine weitere von Patienten, die sowohl depressive als auch antisoziale Züge zeigten, (n=17) erreichten einen mittleren Behandlungserfolg. Die vierte Gruppe von als rein antisozial klassifizierten Personen (n=13) erreichte das schlechteste Behandlungsergebnis; Verbesserungen hatten sie nur im Bezug auf Drogenmissbrauch und Delinquenz. Trotzdem muss gesagt werden, dass auch für Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung die Therapiechancen nicht schlecht sein müssen. Wenn eine gute therapeutische Beziehung zustande kam, verbesserte sich die Prognose (Gerstley 1989 S.512). Eine Studie von Rounsaville et al. (1986 S.739 ff), die eine Therapie-Evaluation nach zweieinhalb Jahren an 76% einer ursprünglich (n=361) Personen umfassenden Stichprobe von Opiatabhängigen (Durchschnittsalter=28) in verschiedenen Behandlungen durchführte, untersuchte den Effekt von diagnostischen Faktoren auf den Behandlungserfolg. Am meisten Varianz konnte dabei ein globales Rating über die Schwere der psychopathologischen Symptomatik erklären. Auch schwere

Depressivität konnte eine gewisse Varianz erklären (schlechtere Prognose). Hingegen konnten andere qualitative Faktoren wie angstneurotische Symptome, antisoziale Persönlichkeitsstruktur oder affektive Verstimmungen kaum einzeln zur Varianz beitragen. Die Autoren erklären sich das Ergebnis unter anderem damit, dass viele der psychiatrisch auffälligen Patienten gleich für mehrere Diagnosen qualifizierten.

3.3 Prävalenz Alkoholabhängigkeit

Der Alkoholismus stellt ohne Zweifel die verheerendste Suchtkrankheit in der westlichen Bevölkerung dar. Klinisch manifeste Alkoholabhängigkeit kann man bei mindestens 2.5% der Bevölkerung annehmen, täglicher Gebrauch bei ca. 30% (Angst et al. 1989 S.23). Auch in der BRD wurde 1974 die Zahl der manifest Alkoholkranken auf 2-3% der Gesamtbevölkerung veranschlagt (Steinbrecher & Solms 1975 S.I/21), wobei der Anteil an Frauen unter Alkoholikern in den Grossstädten auf 18-20% geschätzt wurde. Andere (Gerchow in Feuerlein 1981 S.101) schätzten sogar ein Viertel Frauen unter Alkoholikern. Gewisse Prävalenzschätzungen zur Trunksucht gehen von noch höheren Zahlen nämlich 5-7% der Gesamtbevölkerung aus (Steinbrecher & Solms 1975 S.III/18 ff, Trojan 1980 S.5), da beispielsweise nur 7% der Schweizer Bevölkerung jährlich mehr als die Hälfte des gesamten Alkohols trinken. Unter der erwachsenen männlichen Bevölkerung über 20 Jahren wurden in Stichprobenuntersuchungen 12%-14% als alkoholkrank eingestuft, unter den Frauen 1.3% (Kielholz & Ladewig in: Steinbrecher & Solms 1975 S.VIII/91 ff). Im Unterschied zur Heroinabhängigkeit tritt der Alkoholismus ungefähr 10 Lebensjahre später als Krankheit in Erscheinung. Der Prozess der Entwicklung zur Abhängigkeit dauert 10-20 Jahre, so dass im Schnitt der Anfangspunkt des chronischen Alkoholismus mit 40 Jahren erreicht wird. In der 1970 begonnenen Längsschnittstudie an einer repräsentativen Auswahl von 19-20-jährigen Zürichern (n=7'700) (Sieber 1988 S.150 ff) war denn auch der Anteil von schweren Alkoholkonsumenten (mehr als 350g/Woche) mit 2.8% unter den jungen Männern und 0.4% unter den jungen Frauen noch geringer als in der Gesamtbevölkerung. Dieser Anteil wird sich unter den 30-40-Jährigen schätzungsweise verdoppelt bis verdreifacht haben.

3.4 Psychopathologie von Alkoholabhängigen

Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen unter Alkoholabhängigen wurde von Bleuler auf cirka 40% geschätzt, andere gehen von 50-60% aus (Steinbrecher & Solms 1975

S.IV/5). In einer Studie in den USA über 266 Alkoholiker in psychiatrischer Behandlung fanden Rounsaville et al. 1987 (S.909), dass bei 41% der Männer und 33% der Frauen der Alkoholismus als primäre Störung ohne auffällige vorbestehende andere Psychopathologie (life-time Diagnose nach DSM-III) auftrat. Bei rund 6% der Männer und bei 27% der Frauen fanden sie schwere (major) Depression als Grundstörung und bei 50% der Männer und 25% der Frauen eine antisoziale Persönlichkeitsstörung. Vor dem Alkoholismus hatten 3% der Männer und 15% der Frauen schon andere Substanzen missbraucht (Polytoxikomane). Nach Beginn des Alkoholismus zeigte allerdings ein grosser Prozentsatz (39%) von ursprünglich psychopathologisch unauffälligen Personen sekundäre Störungen wie Angstneurosen (12%), schwere Depressionen (15%) und Polytoxikomanie (11%). Vergleichbare Zahlen fanden auch Ross et al. (1988 S.1023) bei Alkoholikern (n=501) (Durchschnittsalter=35), die eine psychiatrische Beratungsstelle aufsuchten. Sie liessen gleichzeitig mehrere Diagnosen gelten und verwendeten auch mehrere diagnostische Instrumente (Beck's Depression Inventory und National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule, die die DSM-III Kriterien erfasst). Bei insgesamt 32% der Patienten fanden sie aktuell neben der Sucht keine psychische Störung, bei 16% liess sich keine life-time Diagnose erstellen. 22% der Patienten waren aktuell schwer depressiv, 31% hatten mildere depressive Symptome nach Beck's Inventory. 47% hatten eine life-time Diagnose von antisozialer Persönlichkeitsstörung nach DSM-III. 43% der unter-suchten Probanden hatten gegenwärtig mehr als einen zusätzlichen Befund zur Sucht. Dazu gehörten auch Angstneurose (25% gegenwärtig, 50% life-time). Ein klarer Trend zeigte sich, dass polytoxikomane Patienten (18%) signifikant gestörter waren als die andern.

Endogene Psychosen (bipolare Affektpsychosen und Schizophrenien) fanden sich in allen Untersuchungen nur bei einem verschwindend kleinen Prozentsatz von cirka 1-4% der Alkoholiker (z.B. Ross et al 1988 S.1025).

3.5 Prävalenz von Medikamentenabhängigkeit

Medikamentenabhängigkeit tritt bei ungefähr 1% der Bevölkerung, täglicher Konsum bei cirka 7.5% auf (Angst et al 1989 S.23). Anders als beim Alkohol und den illegalen Rauschmitteln ist bei den Medikamenten der Frauenanteil grösser als der Männeranteil (60% gemäss Soltau in DHS 1983 S.341). Unter den Frauen wird der Medikamentenmissbrauch sogar als besonders verbreitet angesehen, so gehen manche von bis zu 30% der weiblichen Gesamtbevölkerung aus (Soltau in DHS 1983 S.341). In der Längsschnittstudie an der kantonale

Zürcherbevölkerung zeigte sich bei den 20-Jährigen Frauen einen Anteil von 0.5% und bei den Männern 0.6%, die mehrmals pro Woche Schmerzmittel zu sich nehmen (Sieber 1988).

3.6 Psychopathologie von Medikamentenabhängigen

Unter Analgetikasüchtigen fand Stähelin 44% Charakterpathologien (Steinbrecher & Solms 1975 S.IV/5). Mirin et al. (1988 S.139 ff) fanden unter Tranquilizersüchtigen (n=33, vor allem Benzodiazepinabhängige), dass mehr als ein Drittel (36%) der Personen gleichzeitig auch Alkohol missbrauchten. Psychopathologisch neben der Sucht fielen 24% der Personen mit affektiven Störungen und 20% mit angstneurotischen Symptome auf. Tendenziell war Achse-I Psychopathologie (Symptomneurosen) bei Benzodiazepinabhängigen häufiger, während bei Schlafmittelsüchtigen eher Achse-II-Diagnosen, das heisst Charakterpathologien vorkamen.

3.7 Prävalenz von Spielsucht & Gambling

Hinweise zur Prävalenz von Spielsucht und pathologischem Gambling sind schwer erhältlich. Zum einen ist diese Form impulsiver Persönlichkeitsstörung relativ neu und im Zunehmen begriffen, andererseits beschränkt sie sich auf Orte, wo Spielautomaten gesetzlich zugelassen sind. In einer Telephonumfrage (n=1000) im Staat New York errechneten Volberg und Steadman (1988 S.502 ff) eine Quote von 2.8-4% pathologischer Spieler, wobei nicht gesagt wurde, ob es sich um Automaten- oder Kartenspiele handelte. Der Frauenanteil lag mit 36% relativ hoch im Vergleich zu einer Untersuchung an Spielsüchtigen in Behandlung, die nur 7% Frauen enthielt (Volberg & Steadman 1988 S.504). Tiefere Quoten zeigten sich in einer repräsentativen Befragung (Bühringer & Konstanty 1989 S.3 ff) in der BRD an (n=7643) erwachsenen Personen. Davon hatten 10.2% in den letzten drei Monaten mindestens einmal gespielt; bei den Männern waren es 17.3% und bei den Frauen 4.2%. Am Tag der Befragung und am Tag davor hatten insgesamt 1.4% gespielt, während 0.7% pro Woche mehr als 5 Stunden am Automaten verbrachten. Der Frauenanteil an pathologischen Spielern musste demnach gering sein, denn v.Törne und Konstanty (1989 S.14-33) fanden unter 85 Spielabhängigen, die aus einer Gesamtstichprobe (n=300) von Besuchern von Spielhallen eruiert wurden, nur 2 Frauen, das waren 2% der Stichprobe.

3.8 Psychopathologie von Spielsüchtigen

In den USA stellten Taber et al. (1987 S.757 ff) den (n=66, Durchschnittsalter=43) männlichen Patienten eines stationären einmonatigen Behandlungsprogramms folgende mehrfache Nebendiagnosen: 29% Substanzenmissbrauch, 33% schwere Depression, 20% Persönlichkeitsstörung, 3% Psychosen. Die Rate an psychopathologisch unauffälligen Patienten wurde leider nicht erwähnt. In einer umfassenden Untersuchung in der BRD (v.Törne & Konstanty 1989 S.14-33) wurde 85 Spielabhängige (belastete) eruiert, die 28% der Gesamtstichprobe ausmachten. Darunter waren 23% als depressiv, ängstlich-verstimmt nach einer Depressionsskala eingestuft. 21% gaben an, regelmässig Drogen zu konsumieren oder konsumiert zu haben und 42% konnten als Alkoholgefährdete angesehen werden. Allein die Häufigkeit des Spielens war jedoch nicht ausschlaggebend, den fast 50% der Vielspieler (mehr als 5 Std/Woche) waren in keiner Weise auffällig. Von den 85 "belasteten" Spielabhängigen qualifizierten auch nur 30% für die Diagnose Impulsstörung nach DSM-III.

3.9 Männliche und weibliche Süchtige

Bei den verschiedenen Süchten gibt es markante Unterschiede in der Häufigkeit des Frauenanteils (vgl. Tab.3). So waren beispielsweise um die Jahrhundertwende in den USA vor allem Frauen opiatabhängig und weniger Männer. Im puritanischen Amerika vor der Prohibition waren Trinken und Rauchen für Frauen tabu. Hingegen war es durchaus akzeptiert, dass Frauen in der Apotheke sich ein opiathaltiges Betäubungsmittel besorgten. Als 1914 Narkotika der Rezeptpflicht unterstellt wurden, sank die Zahl opiatabhängiger Frauen jedoch dramatisch (Marsh & Simpson 1986 S.309). Auch heute noch gilt übermässiges Trinken und offene gezeigte Gier oder Sucht von Frauen als verwerflicher oder in der psychiatrischen Terminologie als "gestörter" als bei Männern. So wurde beispielsweise im Buch über Sucht und Missbrauch von Steinbrecher & Solms 1975 die Meinung vertreten, dass "der immer noch im Zunehmen begriffene Frauenalkoholismus als in viel stärkerem Mass als beim Mann als psychopathologisch bedingt sei" (S.III/32), obwohl empirische neuere Forschungen keine Anhaltspunkte für solche Hypothesen liefern.

Tab.3: Prävalenz von Abhängigkeit und Sucht

Missbrauch	Opiate	Alkohol	Medi	Spiel
------------	--------	---------	------	-------

Gesamthaft	0.2-0.4%	30%	7.5%	0-4%
Anteil Frauen	20-30%	25%	60%	7-36%
Sucht	Opiate	Alkohol	Medi	Spiel
Gesamthaft	0.1-0.2%	2.5%	1%	0.7-1.4%
Anteil Frauen	33%	18-20%	60%	2-7%
Haupt-Quellen: Hornung et al. 1990, Angst et al. 1989, Bühner & Konstanty 1989.				

Bei den Heroinsüchtigen fanden Rounsaville et al. (1982b S.161 ff) an einer Stichprobe von n=403 Männern und n=130 Frauen signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den psychopathologischen Nebendiagnosen: schwere Depressionen, angstneurotische Störungen generell und antisoziale Persönlichkeit. Frauen war häufiger schwer depressiv (life-time: 49% Männer vs. 69% Frauen) und hatten häufiger phobische und angstneurotische Symptome (life-time: 13% Männer vs. 25% Frauen). Andererseits waren Männer häufiger gleichzeitig Alkoholiker (life-time: 37% Männer vs. 27% Frauen) und hatten mehr antisoziale Persönlichkeitsstörungen (life-time: 30% Männer vs. 17% Frauen). Beim langjährigen Therapieverlauf von Methadonpatienten fanden Marsh & Simpson 1986 S.309 ff), dass die Drogengebrauchsmuster von Männern und Frauen ähnlich waren. Frauen unterschieden sich katamnestisch 12 Jahre nach der ersten Erhebung von den Männer in der Beschäftigungssituation und der Delinquenzhäufigkeit. Frauen waren nur zu 34% berufstätig im vergangen halben Jahr, die Männer jedoch zu 52%, dafür waren die Frauen nur halb so häufig mit Polizei oder Gefängnissen involviert gewesen als die Männer. Solche Unterschiede bestanden jedoch schon vor Behandlungsbeginn. Ross et al. (1988 S.1179 ff) untersuchten systematisch Unterschiede zwischen süchtigen Männern und Frauen in der Psychopathologie. Ihre Stichprobe bestand aus n=260 Männern und n=241 Frauen, die alkohol- oder medikamentenabhängig waren (Durchschnittsalter=34.5 Jahre). Die Untersuchung wurde mit dem NIMH-DIS Fragebogen durchgeführt, der die Kriterien des DSM-III operationalisiert. Signifikante Unterschiede im Substanzgebrauch zeigten sich bei den Barbituraten (life-time: 23% Männer vs. 36% Frauen, Gegenwart: 9% Männer vs. 20% Frauen), bei Cannabis (life-time: 38% Männer vs. 23% Frauen, Gegenwart: 25% Männer vs. 15% Frauen), und beim Rauchen (life-time: 81% Männer vs. 70% Frauen, Gegenwart: 78% Männer vs. 66% Frauen). Der Prozentsatz an Personen, die monosymptomatisch Alkoholismus oder Medikamentenabhängigkeit versus diejenigen die polytoxikoman

waren, war bei beiden Geschlechtern ähnlich. Die Mehrheit (84-85%) beider Geschlechter hatte eine life-time Nebendiagnose ausser der Sucht und zwei Drittel hatten momentan solche psychopathologischen Nebendiagnosen. Frauen hatten häufiger Angstneurosen, Phobien, Panikattacken und Zwangssymptome (life-time: 45% Männer vs. 54% Frauen, Gegenwart: 32% Männer vs. 41% Frauen) ebenfalls hatten Frauen auf das ganze Leben häufiger psychosexuelle Störungen (life-time: 21% Männer vs. 41% Frauen, Gegenwart: 5% Männer vs. 7% Frauen), und Bulimie (life-time: 1% Männer vs. 8% Frauen, Gegenwart: 1% Männer vs. 5% Frauen). Die Männer dagegen hatten häufiger eine Diagnose antisoziale Persönlichkeitsstörung (life-time: 48% Männer vs. 24% Frauen, Gegenwart: 37% Männer vs. 17% Frauen). In dieser Studie zeigten sich im Gegensatz zu Andern keine Unterschiede bei den affektiven Störungen speziell der Depressionsrate, die bei den Frauen nicht höher lag als bei den Männern. Die Autoren führten dies auf eine schlechtere Reliabilität für die Diagnose der schweren Depression zurück. In einer Studie in den USA über 266 Alkoholiker in psychiatrischer Behandlung fanden Rounsaville et al. 1987 (S.909), dass bei mehr Männern als Frauen der Alkoholismus als primäre Störung ohne auffällige vorbestehende andere Psychopathologie (life-time Diagnose nach DSM-III) auftrat (41% Männer vs. 33% Frauen). Das Auftreten von schweren Depressionen war häufiger bei Frauen (27% der Frauen & 6% der Männer) während die antisoziale Persönlichkeitsstörung bei 50% der Männer und 25% der Frauen auftrat. Vor dem Alkoholismus hatten 3% der Männer und 15% der Frauen schon andere Substanzen missbraucht (Polytoxikomane). Der Therapieerfolg nach 1-jähriger Behandlung war bei den Männern ohne psychopathologische Nebendiagnose am grössten. Sowohl depressive als auch antisoziale Männer hatten eine schlechtere Prognose. Die schlechtesten Behandlungserfolge hatten die polytoxikomanen Männer. Anders bei den Frauen. Dort hatten die depressiven Personen die beste Prognose. Frauen ohne vorbestehende Psychopathologie hatten ähnlich wie antisoziale und polytoxikomane Frauen schlechtere Prognosen.

4. Zusammenhänge zwischen Delinquenz und Sucht

4.1 Grundsätzliches

Die Wahrscheinlichkeitsmasse der Variablen Delinquenz und Sucht sind natürlich in keiner Weise unabhängig. Deshalb darf man nicht einfach die beiden Wahrscheinlichkeiten der Prävalenz multiplizieren, um den Zusammenhang festzustellen. Vielmehr muss dieser gesondert empirisch erforscht werden. Die neueste Polizeistatistik (1989) im Kanton Zürich über Delikte

im Zusammenhang mit der Drogen-Beschaffung als brisantes Politikum wurde bisher leider nicht veröffentlicht. Neben polizeilich auffälligen kriminellen Akten gibt es unter Süchtigen eine Vielzahl von parasitären Verhaltensweisen wie Betteln, Schmarotzen im sozialen Nahraum, Erschleichen von Leistungen. Auch Aggressionen gegenüber Angehörigen wie Diebstähle, paranoide Eifersucht von Alkoholikern, Gewaltanwendung und sexueller Missbrauch in der Familie oder passive Unterlassungen sind zwar klinisch als antisoziale Symptome erkennbar, jedoch strafrechtlich kaum zu erfassen. Beziehungen zwischen Suchtentwicklung und Delinquenz entstehen unter anderem aus ähnlichen Risikofaktoren. So wurden bei jugendlichen Drogenabhängigen und jugendlichen Delinquenten schon vergleichbare biographische und Persönlichkeits-Charakteristika gefunden (Uchtenhagen in Schuh (Hrsg.) 1988 S.337).

4.2 Delinquenz unter Heroinsüchtigen

In der Stichprobe von Opiatabhängigen, die von Uchtenhagen und Zimmer (1985 S.125) untersucht wurden, fanden sich 74.4% der Probanden, die Polizeikontakt gehabt hatten wegen Betäubungsmittel- und andern Delikten. 16.7% dieser Heroinsüchtigen hatten Polizeikontakt nur wegen andern Delikten und 8.8% hatten keinen Polizeikontakt. Verurteilungen zu Haftstrafen hatten 20.0% eine bedingte, und 54.9% eine unbedingte. Rund 25% der heroinsüchtigen Probanden war also noch nie oder höchstens zu einer Busse verurteilt worden. Vor ihrer Opiatabhängigkeit hatten 18.2% der später Heroinsüchtigen eine bedingte Haftstrafe und 16.4% eine unbedingte Haft oder eine Massnahme kassiert. Alle diese Zahlen beruhten auf Selbstangaben der Probanden.

Tab.4: Delinquenz in der Normalbevölkerung versus später Heroinsüchtige vor ihrer Sucht

Sanktion	"Normale" (N=523)	"Heroinsüchtige" (N=214)
kein Polizeikontakt	69.8%	46.3%
Polizeikontakt	30.2%	53.7%
Verurteilt bedingte Haft	3.7%	18.2%
Verurteilt unbedingte Haft oder Massnahme	2.3%	16.4%

Quelle: Uchtenhagen & Zimmer 1985 S.125

Die Tabelle 4 zeigt, dass vor der Heroinabhängigkeit einen grössere Neigung zur Delinquenz bestand und gleichzeitig auch vermehrt schwerere Delikte begangen wurden als in einer vergleichbaren Stichprobe aus der normalen Bevölkerung. Unter den Probanden fanden sich 38% der Frauen und 59% der Männer, die Delinquenz schon vor der Drogenkarriere angaben. Der Unterschied zur Normalstichprobe war also vor allem bei den Frauen frappant. Die drogensüchtigen Frauen zeigten sogar häufiger delinquentes Verhalten als die Männer der normalen Vergleichsstichprobe (Dobler-Mikola & Zimmer 1990 S.8ff). In verschiedenen Untersuchungen zu drogenabhängigen Kollektiven fanden sich ein Prozentsatz zwischen 27% und 77% von Personen, die bereits vor dem ersten Drogenmissbrauch verurteilt worden waren (Bennett & Wright 1986 S.267). In einer Stichprobe von 150 Drogenabhängigen, die verschiedene Londoner Behandlungsinstitutionen aufgesucht hatten, lag der Anteil von verurteilten Süchtigen bei 89%. Von dieser Untergruppe hatten schon vor dem Drogenmissbrauch 39% mindestens eine Verurteilung (Sheehan et al. 1988 S.317). Über die kurz vor (bis 3 Monate) vor dem Interview stattgefundenen Straftaten berichteten ca. 40% der Patienten von Hehlereien, ca. 45% von Ladendiebstählen und 50% von Drogendeals. Die Männer (71% der Gesamtstichprobe) waren im Durchschnitt jünger bei der ersten Verurteilung und hatten mehr Verurteilungen während dem Drogenmissbrauch aufzuweisen als die Frauen. Bean und Wilkinson (1988 S.533-539) interviewten im Jahr 1986 (n=83) Drogenabhängige in der Nottingham Gegend in Grossbritannien, der Polizei oder der Drogenberatungsstelle bekannt waren. Von diesen waren 93% schon einmal verurteilt worden und 60% berichteten von Straftaten, die sie in den letzten 6 Monaten vor dem Interview begangen hatten. Dabei waren 24% der Probanden gemäss ihren eigenen Berichten schon mindestens einmal wegen Gewaltdelikten verurteilt worden: 59% wegen Diebstahl Hehlerei und Fälschungen, 17% wegen Einbruch und 5% wegen Raubes. Niemand war je wegen eines Sexualdeliktes verurteilt worden. 52% der Verurteilten waren gemäss ihren eigenen Angaben bereits vor dem Drogenmissbrauch einmal verurteilt worden. Beide englischen Studien äusserten sich nicht über die Art der Strafe, die bei den erwähnten Verurteilungen ausgesprochen wurden z.B. Haft, Busse oder Massnahme. Die bereits vor Suchtbeginn registrierte Delinquenz hatte übrigens in der Kohorte von Uchtenhagen (in: Schuh (Hrsg) 1988 S.344) im 7-Jahresverlauf keine Auswirkungen auf die Prognose und die spätere gesellschaftliche Integration einer Person.

Die Beschaffung illegaler harter Drogen geschah in der Stichprobe von Uchtenhagen (in Schuh (Hrsg) 1988 S.339) gemäss den Selbstangaben der Probanden zu 25% durch Drogenhandel,

weitere 45% waren im Drogenhandel und Import involviert. 15% der Fixer gaben an, sie hätten sowohl Drogenhandel, Import und Apothekeneinbrüche begangen. Entgegen der landläufigen Meinung sind nicht alle Heroinabhängigen notwendigerweise straffällig. Am Anfang einer Sucht kann man diese oft noch durch den Lohn oder durch Kredite finanzieren. Bei fortgeschrittener Sucht kommt als Finanzquelle die Prostitution in Frage oder in einzelnen Fällen reicht das eigene Einkommen oder dasjenige von vermögenden Eltern für die Drogenbeschaffung aus. Dazu gibt es einzelne Techniken mit einer Heroinsucht über die Runden zu kommen, wie "Filterlein fixen", oder Vermittlertätigkeit, die an sich nicht zu Straftaten führen. Laut Selbstangaben aus der Untersuchung von Uchtenhagen (in: Schuh (Hrsg) 1988 S.340) kamen rund 15% der Drogenabhängigen ohne Beschaffungskriminalität aus. Die Geschlechterverteilung von 1/3 Frauen in der Stichprobe (n=248 heroinsüchtige Probanden) von Uchtenhagen und Meyer-Fehr (1986 S.35) reproduzierte sich gleichmässig bezüglich Delinquenz generell und den verwendeten Kategorien im einzelnen. Auch das Ausmass der Beschaffungsdelinquenz, die sich im Zusammenhang mit der Heroinabhängigkeit entwickelt, hatte in der Studie von Uchtenhagen (in: Schuh (Hrsg.) 1988 S.344) keine prognostische Bedeutung für spätere Integrationschancen.

4.3 Heroinabhängigkeit unter Delinquenten

Yochelson (1986 S.3), der 255 männliche Kriminelle in amerikanischen Gefängnissen untersucht hatte, fand bei 31% der Probanden Heroinkonsum und bei 8% Kokainkonsum. In allen kalifornischen Gefängnissen 1981 fast 42% von n=624 Gefangenen (Peterson et al. 1981 S.148). In Schweizer Gefängnissen sitzen 30-50% Drogenkonsumenten, Regensdorf: ca. 27%, Hindelbank: ca. 40%, Bezirksgefängnis Dielsdorf: ca. 50% (Lukesch 1989 S.85).

4.4 Alkoholmissbrauch unter Delinquenten

Im Zusammenhang mit Straftaten kommt es erwiesenermassen sehr oft zum Alkoholkonsum. Die Schätzungen hierzu variieren über ein breites Spektrum von 6%-72% (Gerchow in: Feuerlein 1981 S.96). In der Stichprobe der Tübinger Jungtäter (n=200 Männer) (Maschke 1987 S.69) waren zur Tatzeit ca. 70% der Täter intoxikiert. Davon mindestens die Hälfte sogar erheblich (z.B. über 1.5 Promille Blutalkoholkonzentration). Dabei war ein solch exzessiver Alkoholkonsum bei den meisten Probanden durchaus üblich und gehörte zu den Alltagsgewohnheiten. Die zur Tatzeit nicht mit Alkohol intoxikierten Täter scheinen jedoch ein durchaus ähnliches Konsummuster aufzuweisen. Yochelson (1986 S.3), der 255 männliche Kriminelle in

amerikanischen Gefängnissen untersucht hatte, schätzte bei allen (100%) Probanden den Alkoholmissbrauch als sehr hoch ein, ausser sie waren halt von harten Drogen abhängig. Alkoholiker im strengen Sinn müssen nach Schätzungen zum Alkoholmissbrauch, der von 50-70% aller jeweils Untersuchten betrieben wurde (Guze 1976 & Göppinger 1983), ebenfalls sehr oft vorkommen.

4.5 Delinquenz unter Alkoholikern

Während so viele Straftaten unter Alkoholeinfluss verübt werden, ist der umgekehrte Zusammenhang, nämlich den Anteil Straftäter unter chronischen Trinkern zu bestimmen, offenbar schwierig. Es existieren kaum Publikationen dazu. Vogt (1985 S.119-36) vermutete, dass nicht primär Alkohol als Auslöser von kriminellern Verhalten ist, sondern, dass eine anfällige Gruppe von Personen, sowohl dem Alkoholismus als auch der Delinquenz erliegt. In der psychiatrischen Universitätsklinik in Ljubljana, Jugoslawien wurden 110 Alkoholiker (Männer) auf Delinquenz untersucht (Drame-Orozim in: DHS 1983 S.116). Davon hatten 32% schon "rohphysische" Aggression (Gewalt) angewendet. Andere antisoziale Akte (nicht unbedingt strafrechtlich erfassbar) waren verdeckte Manipulationen und Quälereien an Angehörigen (41%), Passivität und Pflichtunterlassung (27%).

4.6 Delinquenz und andere Süchte

Aus den verschiedenen empirischen Untersuchungen wird deutlich, dass die Prävalenz von Süchtigen unter Delinquenten immer, schon vor der Drogenwelle sehr hoch (mindestens 40%) war. Unter Zürcher Jugendlichen, die beim Jugenddienst der Stadtpolizei bekannt werden, sollen nach Angaben von Troxler (in: Bucher 1989 S.17) über die Hälfte an Spielautomaten spielen. Ein erheblicher Teil der Deliktsummen soll direkt in den Spielautomaten fliessen. Der Zusammenhang zwischen Strafgefängenschaft und Sucht könnte teilweise durch die Bedingungen in den Schweizer Gefängnissen mitbedingt sein. Haft kann Abhängigkeiten und süchtiges Verhalten fördern (Dossenbach in: Lewinsky & Reller (Hrsg) 1983 S.103 ff). Nicht nur sind illegale Drogen auch im Knast weit verbreitet und leicht erreichbar. Gemäss Biener 1989 (zit. nach Lukesch 1989 S.85) schlucken 43% der jungen (bis 32 Jahre alten) Strafgefangenen regelmässig Tranquilizer. 37% der Inhaftierten rauchen täglich bis zu 4 Pakete Zigaretten und 32% rauchen mindestens 1 Paket täglich. Dazu litt jeder Siebte unter depressiver Fresssucht.

4.7 Verkehrsdelikte, Delinquenz und Süchte

Verkehrskriminalität ist statistisch überdurchschnittlich häufig bei delinquenten Personen im Vergleich zur polizeilich unauffälligen Bevölkerung. So waren von n=582 nicht kriminellen Führerschein-Inhabern insgesamt 19% wegen Verkehrsdelikten bestraft worden, während von n=47 allgemein Delinquenten schon 63% sich im Verkehr strafbar gemacht hatten. In einer Gruppe von n=103 mehr als zweimal Vorbestraften begingen sogar 83% auch zusätzlich Verkehrsdelikte (Middendorf in Schneider 1983 S.416). Alkoholisierung ist eine der wichtigsten Unfallursachen. Im Jahr 1988 waren mindestens 9.5% der Verkehrsunfälle alkoholbedingt, wobei man mit einer zusätzlichen hohen Dunkelziffer rechnet. Gerade unter den schweren Unfällen mit tödlichen Ausgang war die Relation noch höher nämlich 19.2%. Insgesamt rechnet man, dass 35% der verunfallten Verkehrsteilnehmer alkoholisiert waren, wobei 21.1% einen Blut-Alkoholspiegel von über 0.8 Promille aufwiesen. Im Jahr 1987 wurden 51.9% der Verurteilungen nach Strassenverkehrsgesetz wegen Angetrunkenheit ausgesprochen worden und 40.2% der Fahrausweisentzüge aus diesem Grund (SFA 1989 S.16 ff). Es ist schwierig, fast unmöglich, chronische Trinker im Rahmen polizeilicher Ermittlungen zu erfassen und den Risikograd konkret zu beweisen. Man vermutet aber, dass die schweren Intoxikationen über 2 Promille Blutalkoholgehalt, vorwiegend unter chronischen Trinkern vorkommen. So ergibt sich eine Schätzung, dass unter den alkoholisierten Verkehrsstraftätern etwa die Hälfte Problemtrinker sind (Gerchow in Feuerlein 1981 S.98).

Unter Opiatabhängigen ist eine erhebliche Verkehrsgefährdung vergleichbar derjenigen der Alkoholiker nicht anzunehmen. In der Untersuchung von Uchtenhagen, Meyer-Fehr und Zimmer-Höfler (1986 S.7-8) waren von 248 heroinabhängigen Probanden nur 20% wegen Verkehrsdelikten verurteilt, davon nur ein Viertel mehrfach. Einerseits wird einem polizeilich bekannten Heroinsüchtigen sofort der Führerausweis entzogen, andererseits besitzen wenige schwer Heroinsüchtige noch ein eigenes Motorfahrzeug.

5. Zusammenfassend zur Epidemiologie

Obwohl so viele unterschiedlichste Quellen zur Darstellung der Epidemiologie von Delinquenz und Süchten bemüht werden mussten, ergibt sich zum Schluss doch ein erstaunlich kohärentes Bild dieser Störungen in den Industrieländern. Leichte Delinquenz (z.B. einmalige Straftaten) und Alkoholmissbrauch ohne schwere Sucht sind beide bei einem

relativ hohen Prozentsatz der Bevölkerung (20-30%) verbreitet. Eigentlicher Alkoholismus und persistente Delinquenz sind beide bei ca. 2-3% der Bevölkerung verbreitet, wobei der Anteil an Frauen jeweils etwa ein Fünftel ist. Die Heroinabhängigkeit dagegen ist etwa zehn mal seltener bei ca. 0.2-0.3% der Bevölkerung, hat ebenfalls einen Frauenanteil von 1/5 und tritt zehn bis zwanzig Lebensjahre früher in Erscheinung beim betroffenen Patienten als ein Alkoholismus.

Die Verbreitung von Missbrauch und Süchten unter den Delinquenten ist relativ hoch. Schätzungsweise 60-100% der Straftäter betreiben Alkoholmissbrauch und 30-50% der heutigen Strafgefangenen sind Heroinabhängige. Der umgekehrte Zusammenhang jedoch, nämlich dass Sucht automatisch Delinquenz nach sich ziehe, kann nicht bewiesen werden. Vielmehr scheint es so, dass gewisse vorbelastete Personen zu sowohl Süchten als auch zur Delinquenz eine Affinität entwickeln. In der Untersuchung von Uchtenhagen (in: Schuh (Hrsg) 1988 S.345-368) zum Verlauf des Delinquenzverhaltens von Heroinabhängigen in einem Beobachtungszeitraum von 7 Jahren fanden sich vier mögliche Varianten. Eine erste Form von rund 10% der Fixer wurde nie delinquent im Verlauf ihrer Karriere. Die häufigste (ein Drittel) Form der Delinquenz bei Heroinsüchtigen trat in der Frühphase der Sucht auf, war aber im späteren Verlauf der Karriere nicht mehr zu beobachten. Je ein Viertel der beobachteten Probanden waren entweder dauerdelinquent oder zeigten eine phasenhaft auftretende Rückfälligkeit. Zuletzt war ein kleiner Teil von Probanden (10%), die erst am Schluss des beobachteten Zeitraums delinquenzfrei wurden.

Die Verbreitung von psychischen Störungen neben der Sucht zeigte sich ebenfalls ein erstaunlich zusammenhängendes Bild bei Personen, die sich in Behandlung befanden. Beim Alkoholismus und bei der Heroinsucht gab es eine Quote von ca. 20-30% der Patienten, die ansonsten psychiatrisch unauffällig waren. Die restlichen Personen litten vor allem an Depressionen ca. 20-60%, ca. 30-50% an antisozialer Persönlichkeitsstörung und ca. 10% an angstneurotischen und phobischen Symptomen nach DSM-III Kriterien gemessen.

6. Strafrechtliche Sanktionen für süchtige Verurteilte

6.1 Therapie statt Strafe

Im letzten Jahrhundert kannte man nur eine einzige Art der kriminalrechtlichen Sanktion: die Strafe. Erst im 20. Jahrhundert kamen andere Massnahmen wie die Verwahrung hinzu. Mit der Erkenntnis des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und

Kriminalität wurde als nächstes die Unterbringung in eine Heil- und Pflegeanstalt ins Repertoire der Strafrechtskodifikationen eingeführt. Eine solche kam jedoch nur bei vermindert zurechnungsfähigen Täter zur Anwendung. Mit der Abkehr vom reinen Sühne- und Vergeltungsgedanken wurde schon lange in der juristischen und forensischen Literatur die Aufnahme von Präventivmassnahmen anstelle von Bestrafung gefordert. In der schweizerischen Praxis trat jedoch erst 1971 die Gesetzesnovelle in Kraft, die die ambulante psychotherapeutische Behandlung von geistig abnormen und süchtigen Gesetzesbrechern in Freiheit ermöglicht. Die Strafe eines solchen Täters ist aufgeschoben und kann nach erfolgreichem Abschluss der Massnahme aufgehoben werden.

Gesamtschweizerisch (BFS Dez. 1988) wurden im Jahr 1987 mehr als 65'000 Strafurteile aller Art gefällt. Es wurden folgende Sanktionen ausgesprochen: bedingte Freiheitsstrafen (45.2%), unbedingte Freiheitsstrafen (21.2%), Bussen (33.3%) und Massnahmen (1.1%). Demnach ist der Anteil an Massnahmen immer noch verschwindend klein mit gesamtschweizerisch 701 Urteilen. Von diesen Massnahmen waren 2.2% Verwahrungen, 6.7% Einweisungen in Arbeitserziehungsanstalt, 21.7% Massnahmen an geistig Abnormen, 23.1% Massnahmen für Trunksüchtige und eine Mehrheit 46.3% Massnahmen für Rauschgiftsüchtige. Bei den Trunksüchtigen waren insgesamt etwas über 40% der Massnahmen ambulant und mit Strafaufschub, bei den Rauschgiftsüchtigen etwas mehr als 30%. Auch bei den Urteilen, die nur Betäubungsmitteltäter betreffen, ist der Anteil an Massnahmen noch verschwindend klein. Uchtenhagen (1988) wertete die gerichtlichen Verurteilungen in sechs Kantonen im Jahr 1986 aus und fand folgende Verteilung von Sanktionen bei erwachsenen Betäubungsmitteltätern: Einstellung/keine Sanktion (19.9%), Verweis (6.1%), Busse (27.2%), Gefängnis bedingt (24.5%), Gefängnis unbedingt (18.1%) und ambulante Massnahmen 1.8% und stationäre Massnahmen 2.5%.

6.2 Ambulante psychotherapeutische Massnahme

Voraussetzung zur Anordnung einer stationären oder ambulanten Massnahme ist (Frauenfelder 1978 S.26 ff), dass ein Straftatbestand vorliegt, der mit Zuchthaus oder Gefängnis bedroht ist. Der Täter muss in einem Geisteszustand sein, der ärztlicher Behandlung oder besonderer Pflege bedarf und die Behandlung muss die Rückfallgefährdung beheben oder vermindern. Nicht zuletzt muss die Behandlungsfähigkeit des Angeklagten gegeben sein, d.h. die Krankheit muss entweder heilbar sein oder zumindest soweit beeinflussbar durch die Therapie, dass der Patient nicht mehr straffällig wird. So können auch unheilbar gestörte Patienten in den Genuss einer

ambulanten Massnahme kommen, denn es wird lediglich verlangt, dass die Rückfälligkeit sich vermindere, nicht dass sie sofort verschwinde. Die Art der Therapie kann vom Gericht nicht vorgeschrieben werden und wird vom behandelnden Arzt (Therapeuten) gemeinsam mit dem Patienten bestimmt. Im Falle von Heroinabhängigkeit kommt einerseits eine Methadonbehandlung in Frage oder bei besonders willensstarken Patienten auch eine drogenfrei geführte ambulante Psychotherapie. Für die ambulante Behandlung des Alkoholismus kommt ebenfalls die medikamentös unterstützte Antabus-Kur in Kombination mit Psychotherapie oder eine reine Gesprächspsychotherapie in Frage. Für andere Süchte besteht ambulant nur die Möglichkeit einer nicht-medikamentösen Behandlung. In allen diesen angeführten Behandlungen ist u.U. auch eine zusätzliche Abgabe psychotroper, nicht suchterregender Medikamente sinnvoll.

Die Handhabung der Massnahme wird vom Sozialdienst der Justiz kontrolliert, der dem Patienten auch diverse andere Dienstleistung wie Schuldensanierung anbietet und ihm gegebenenfalls bei der Suche nach einem Therapeuten hilft. Nach einem Jahr bei ambulanten Massnahmen nach Art. 43 oder spätestens nach 2 Jahren bei den Massnahmen nach Art. 44 muss der Therapeut einen Bericht über den Verlauf der Behandlung an den Sozialdienst schreiben. Danach kann die Massnahme im günstigen Fall abgeschlossen werden. Mörgeli (in Schuh (Hrsg) 1987 S.307 ff) referierte zusammenfassend einige Erfahrungen der Zürcher Justizdirektion anhand der Akten aus den letzten Jahren 1984-85. Auffallend war zunächst einmal die Zunahme der Betreuungsfälle innerhalb der Jahre von 1974 bis 1986 von knapp tausend auf über zweitausend Fälle. Dabei hatten sich insbesondere die freiwilligen Betreuungen von 30% auf 47% gegenüber den gerichtlich angeordneten vermehrt. Innerhalb der Gruppe der gesetzlich angeordneten Betreuungen war der Anteil von ambulanten Massnahmen nach Art. 43 & 44 StGB mit oder ohne Schutzaufsicht kontinuierlich von 5% auf 26% angestiegen. Im Detail untersuchte Mörgeli die Aufträge zur Kontrolle ambulanter Massnahmen, die 1984 und 1985 abgeschlossen wurden: das waren insgesamt 118 Fälle. Er unterschied drei Arten von Massnahmen: in 60 Fällen (50%) nach Art.44 StGB wegen Rauschgiftsucht, in 23 Fällen (20%) nach Art.44 StGB wegen Trunksucht und in 35 Fällen (30%) nach Art.43 StGB wegen geistiger Abnormität. Insgesamt wurden 49% der untersuchten ambulanten Behandlungen erfolgreich abgeschlossen. Demgegenüber standen 21% gescheiterte Behandlungen bei denen nachträglich der Strafvollzug angeordnet wurde, 7% Personen, die verstarben, 4% wurden ohne Sanktionen als erfolglos eingestellt und über 6% lagen keine Unterlagen vor. In einem Viertel, nämlich 24% wurde erneut eine Massnahme angeordnet

(bei 16% eine stationäre, bei 8% nochmals eine ambulante). Die ambulanten Behandlungen an geistig Abnormen nach StGB Art. 43 waren zu 57% erfolgreich, wobei diejenigen, die mit Schutzaufsicht geführt worden waren um einiges erfolgreicher waren (71%). Die ambulanten Behandlungen von Drogensüchtigen waren am wenigsten erfolgreich mit 35%, dort hatten aber die Patienten ohne Schutzaufsicht die wesentlich bessere Prognose. Im Gegensatz zu den geringeren Erfolgen der Drogensüchtigen stand die hohe Erfolgsquote der Alkoholiker (74%). Da es sich dabei meistens um Delikte des Fahrens in angetrunkenem Zustand handelte, könnte natürlich die vorher schon bestehende viel höhere soziale Integration dieser Alkoholiker für den Therapieerfolg eine Rolle gespielt haben. Zum Therapieerfolg von ehemaligen ambulanten Massnahmepatienten (n=21) hatten Perrez und Rauchfleisch (1985 S.27) eine katamnestische Untersuchung durchgeführt. Ungefähr die Hälfte (48%) der untersuchten Patienten hatte die Behandlung regulär beendet. Von diesen wurden lediglich 20% rückfällig nach durchschnittlich 3 Jahren im Vergleich zu denjenigen Patienten, die die Behandlung abgebrochen hatten (25% Abbrecher davon 75% rückfällig). Bei einem weiteren Viertel wurde die Behandlung weitergeführt. Wichtig für eine günstige Prognose zeigte sich auch die baldige Kontaktaufnahme nach dem Urteil mit dem Therapeuten. Wenn eine gewisse Konstanz in der Therapie erreicht worden war, so bestand eine grosse Wahrscheinlichkeit, dass die Behandlung regulär abgeschlossen werden konnte. Eine empirische Nachuntersuchung (Reicher 1976 S.610) fand im Jahr 1964 bei 15 psychoanalytisch behandelten Delinquenten einer psychiatrischen Klinik in Holland eine Rückfallquote von 33%, während von 15 Vergleichspatienten ohne Psychotherapie 73% rückfällig wurden.

7. Praxis der Methadonbehandlung

Die häufigste Art der ambulanten Behandlung der Heroinsucht geschieht unter Methadonsubstitution. Das Therapieziel der Methadonbehandlung besteht in der Wiederherstellung der sozialen Funktionsfähigkeit unter einer kontrollierten Sucht. Entscheidend für den Behandlungseffekt und den Erfolg nach Beendigung der Therapie ist die Programmretention (Cooper 1986), wobei man mit einer längeren, Jahre dauernden Behandlung rechnet. Weber (1983) fand bei einer Stichprobe (n=28) von Methadonpatienten bei Zürcher Hausärzten eine Programmretention von 61.5% nach zwei Jahren. Amerikanische Untersuchungen an riesigen Stichproben (Bsp. Newman 1977 untersuchte 58'000 Patienten) zeigten gute Behandlungsergebnisse. Während des ersten Jahres blieben 65%, während der ersten drei Behandlungsjahre 35% der Patienten im

Programm. Während des ersten Jahres stieg die Arbeitsfähigkeit um 20% auf 51%, nach drei Behandlungsjahren sogar auf 61%. In einer zweimonatigen Stichzeit wurde bei 5% illegaler Heroinkonsum und bei 20% ein Konsum anderer Drogen oder Medikamente beobachtet und 3% der Patienten wurden von der Polizei verhaftet. Hinsichtlich krimineller Aktivitäten konnte in diversen Untersuchungen übereinstimmend nachgewiesen werden, dass es unter der Behandlung zu einem signifikanten Rückgang kommt (Zimmer-Höfler, Uchtenhagen & Fuchs 1987). In einer Therapievergleichsstudie an 248 Probanden, die sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in verschiedenen Institutionen befanden (therapeutische Gemeinschaft, Methadonprogramm, Gefängnis), fand sich zwei Jahre nach der Erstbefragung ein Prozentsatz von 25% Methadonpatienten, die keinen Rückfall in den illegalen Opiatkonsum gehabt hatten. Dazu vergleichsweise hatten die Absolventen therapeutischer Gemeinschaften eine doppelt so hohe Rate an erfolgreichen Probanden, die ursprünglichen Gefängnis-Insassen hingegen eine äusserst tiefe Rate von nur 8%. Im

4-Jahres-Verlauf des ersten Methadonprogramms des sozialpsychiatrischen Dienstes (Gmür & Hutter 1984) zeigte sich eine Retentionsrate von 38%, wobei weitere 38% der Probanden, das Programm in der Zeit erfolgreich beendet hatten. Ein manifester Rückfall war bei 24% der Patienten zu verzeichnen. Nach der Liberalisierung der Methadonindikationspraxis im Kanton Zürich 1987 stieg die Zahl von Methadonpatienten sprunghaft von wenigen Hundert auf fast zwei Tausend Personen. Die meisten dieser Patienten werden vom Hausarzt versorgt, wobei die Handhabung der Richtlinien und das Gesprächsangebot stark variieren kann. Die Praxis der Methadonbehandlungen im sozialpsychiatrischen Dienst der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich besteht in einer Kombination von medikamentös unterstützter sozialpsychiatrischer Behandlung und oft einer tiefenpsychologischen (oder auch familien-therapeutischen) Therapie. Das Standard-Setting besteht aus der täglichen Methadonabgabe unter Sichtkontrolle durch den diensthabenden Mitarbeiter, einmal wöchentlich unangekündigt durchgeführten Urinkontrollen und wöchentlich stattfindenden Therapie- oder Betreuungsgesprächen. Ob ein Patient eine eigentliche Psychotherapie macht, oder ob mehr betreut wird, hängt einerseits von seinen Möglichkeiten der Introspektion und Beziehungsfähigkeit ab, andererseits auch von der Ausbildung seines Therapeuten. Während vor der Einführung der Substitutionsbehandlung Heroinsüchtige einer ambulanten Psychotherapie als weitgehend unzugänglich galten, weil sie zu selten zu den Sitzungen erschienen, sind unter Methadonsubstitution neue Perspektiven offen. Der Effekt von qualifizierter Psychotherapie versus einfacher Betreuung auf

die Erfolgsrate von Methadonprogrammen waren in verschiedenen Untersuchungen mit 15-20% zusätzlichen Erfolgen signifikant (Milby 1988 S.418, Woody et al. 1987 S.590 ff). Janke untersuchte in Oregon eine Gruppe von 887 Methadonpatienten über eine Zeit von 45 Monaten und fand eine deutliche Überlegenheit der Substitutionsbehandlungen mit begleitender Psychotherapie. Während die Patienten ohne Counselling mit blosser Methadonabgabe nur zu 25% erfolgreich die Behandlung abschlossen, beendeten diejenigen Patienten, die eine Psychotherapie erhalten hatten in 48% der Fälle das Programm erfolgreich (Janke 1976 S.25 ff zit. nach Gmür 1989 S.1566). Die Beziehung zum Therapeuten, der die Begleitung durchführt, ist in den Programmen des sozialpsychiatrischen Dienstes in ihrer Struktur bereits ambivalent belastet, da der Therapeut derselbe ist, mit dem über Methadonabgabe und Dosis verhandelt werden muss und demgegenüber der Patient sich verpflichtet, die Bedingungen des Vertrags einzuhalten (Zimmer-Höfler, Uchtenhagen & Fuchs 1987). Jedoch konnte empirisch in einer Befragung der Patienten gezeigt werden, dass von 80% der Probanden diese Beziehung zum Therapeuten als enorm wichtig eingeschätzt wurde. Der Therapeut rangierte gleichwertig mit Freund oder Freundin an oberster Stelle von Personen, bei denen man sich Rat holen würde in einer schwierigen Lebenssituation (Helbling 1986). Die Prognosen für Methadonpatienten, die das Programm beenden ohne soziale Rehabilitation und ohne die Zustimmung ihrer Betreuer, sind erfahrungsgemäss und auch nach empirischen Untersuchungen (Milby 1988 S.413) nicht sehr gut. Anders stehen die Chancen jedoch für Personen, die eine Methadonbehandlung regulär abschliessen. Von Patienten ohne begleitende Psychotherapie beendeten 43% erfolgreich und von Patienten mit begleitender Psychotherapie sogar 60% (Milby 1988 S.412-413). Stimmel et al. (1977) fanden in ihrer katamnestischen Erhebung bis zu 6 Jahren nach der Behandlung, dass von denjenigen Methadonpatienten, die das Programm regulär abgeschlossen hatten, 83% opiatfrei lebten.

II. EIN PSYCHOANALYTISCHES MODELL DER DISSOZIALITÄT

1. Abhandlung von Rauchfleisch über Dissozialität

Rauchfleisch bespricht in seiner Abhandlung über Dissozialität (1981) eine Charakterstörung, die mit gravierender Unfähigkeit, sich den Normen der Sozietät unterzuordnen verbunden ist. In der alten Psychopathielehre wurde diese als unveränderbare je nach dem angeborene oder vererbte Persönlichkeitsstruktur mit hoffnungsloser Prognose angesehen. Heute subsumiert man die dissoziale oder antisoziale Charakterpathologie in der Psychoanalyse vielmehr unter der Gruppe der frühen Störungen, welche daneben die Borderlinestörung im engeren Sinne, den pathologischen Narzissmus, die Süchte, die Depression und die Persionen als typische Erscheinungsbilder beinhalten. Die Konzeptualisierung von Rauchfleisch vereinigt die Phänomenologie der Psychopathielehre und alten Konzepte der Überich-Störung mit den modernen Erkenntnissen über Borderlinestörungen und pathologischen Narzissmus. Für die Diagnose charakterisiert Rauchfleisch (1981, S.82 ff) neun zusammenhängende, symptomatische und psychodynamische Charakteristika der dissozialen Persönlichkeit: die Frustrationsintoleranz, die mangelnde Realitätsprüfung, die Kontaktstörung, die latente Depressivität, die Überich-Störung, archaische Abwehrmechanismen, die Fehlentwicklung im aggressiven und sexuellen Bereich, die drohende Desintegration der Persönlichkeit und die Chronizität der gesamten Symptomatik. In einem zweiten Teil entwirft er (S.141 ff) ein psychodynamisches Konzept zur Entwicklung der dissozialen Persönlichkeit, deren ich-strukturellen Besonderheiten, der Genese der Überich-Pathologie und der Störung im narzisstischen Bereich. Dabei vertritt er, dass es sich dabei nicht, wie man früher glaubte, vornehmlich um eine Störung der Triebhaftigkeit und der Gewissensbildung ab ovo handelt, sondern vielmehr um eine Fehlentwicklung der Ich-Struktur mit einem depressiv-narzisstischen Kernkonflikt. Gemeinsam mit andern Borderline-Strukturen besteht nicht primär ein innerpsychischer Konflikt zwischen den Triebwünschen, den Überich-Forderungen und den Ansprüchen der sozialen Realität wie bei gewöhnlichen Neurosen, sondern eine unzureichend ausgebildete Ich-Struktur mit dazu gehörigen typischen Abwehrmechanismen. Ätiologisch geht das dissoziale Syndrom multifaktoriell auf übermäßige Versagungen in der frühen, präödiptalen Kindheit und oft genug reale, schwere Traumata zurück. Typisch ist, dass die Störung chronisch verläuft und das allgemeine Versagen dieser Patienten ihr ganzes Leben

kennzeichnet. Eine psychoanalytische Therapie dieser Patienten ist prinzipiell möglich, verlangt aber vom Therapeuten ein grosses Engagement und grosse Flexibilität im Setting. Diese Hypothesen wurden später im Fragebogen operationalisiert und als Basis der vorliegenden Untersuchung verwendet.

2. Struktur des dissozialen Syndroms

2.1 Frustrationstoleranz

Die relativ geringe Frustrationstoleranz, schon im Kindesalter der Betroffenen beobachtbar, wirkt beim erwachsenen Dissozialen vollends altersinadäquat. Geringfügige Belastungen führen zu unverhältnismässigen Reaktionen wie Davonlaufen, aggressive Akte gegen die eigene Person, Alkoholexzesse oder Beziehungsabbrüche. Dies wirkt sich natürlich auch auf die therapeutische Beziehung aus. Rauchfleisch erwähnt das Beispiel eines Patienten, der nicht in der Lage war, sich am Krankenkassenschalter in die Reihe der Wartenden zu stellen, die Kränkung war so gross, dass er statt dessen lieber davonlief und auf ausreichende Krankenversicherung verzichtet hätte (Rauchfleisch 1981, S.203). Dynamisch gesehen, dient dieses impulsive Handeln der Abwehr unlustvoller Affekte. Der Dissoziale wird in seinem geschwächten Selbstvertrauen durch geringe Frustrationserlebnisse bereits derart in Frage gestellt, dass er handeln "muss", um den depressiven Zusammenbruch abzuwenden (Rauchfleisch 1981, S.82). Er kann seine innern Impulse kaum gezielt einsetzen oder seine Umwelt aktiv selber gestalten zu deren Befriedigung. Er muss vielmehr ständig "reagieren", um unlustvolle Affekte auf das Verhalten der Umgebung zu vermeiden und ist von unablässiger Bestätigung durch die Mitmenschen äusserst abhängig. Dieser Kampf zwischen zwei Fronten, der Innerpsychischen und der Sozialen zieht in der Folge einen Circulus vitiosus von Frustrationserlebnissen nach sich. Unter topischen Gesichtspunkten steht die Frustrationsintoleranz nicht nur mit der narzisstischen Kränkbarkeit sondern auch mit der Überich-Störung, dem Mangel an Gegenbesetzungsmechanismen in Zusammenhang (Rauchfleisch 1981, S.197). Das Erleben von Unlustempfindungen als erste rudimentäre Stufe der Gewissensbildung kann ohne Verinnerlichung des ur-sprünglichen Wunsches, sich die Liebe der Eltern zu erhalten, nicht ertragen werden.

2.2 Realitätsbezug

Das zweite zentrale, die dissozialen Persönlichkeiten kennzeichnende Merkmal ist ihr geringer Realitätsbezug. Zwar sind die Ich-Grenzen in der Regel so stabil, dass die Unterscheidung zwischen dem Selbst und den Objekten einigermaßen gelingt und es nicht zu psychotischen Realitätsverkennungen kommt. Jedoch die Fähigkeit, sich selbst und andere Personen hinsichtlich ihrer Möglichkeiten realitätsgerecht einzuschätzen und aus Erfahrungen zu lernen, ist schwer behindert (Rauchfleisch 1981, S.83). Solche Fehleinschätzungen der eigenen Person und der Umwelt können dann die verschiedensten sozialen Konflikte zur Folge haben. Eine weitere wichtige Ich-Fähigkeit, die sogenannte antizipierende Funktion mangelt den Dissozialen. Sie sind unfähig, Zukünftiges denkend vorwegzunehmen (Rauchfleisch 1981, S.174 ff). Die grobe zeitliche Orientierung als solche ist zwar gegeben, können die betroffenen Patienten nur schwer innerpsychisch ein zeitliches Kontinuum, indem Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft verknüpft werden, aufrechterhalten. Sie leben subjektiv sozusagen von Moment zu Moment, sind aber paradoxerweise gerade dadurch der unglücklichen Vergangenheit im Grunde ganz extrem verhaftet. Die Beeinträchtigung der Urteilsfunktion betrifft ebenso die Fähigkeit, zwischen verschiedenen Arten bewusster Erfahrung, wie Erinnerungen, Träume, Sinneseindrücke, Annahmen zu unterscheiden. Gerade in affektiv stark besetzten Situationen tritt eine grosse Unsicherheit bezüglich der Sinneseindrücke auf (z.B. der Tageszeit), sodass Abmachungen nicht mehr eingehalten werden können. Den Patienten fehlt oft die Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse und Gefühle wahrzunehmen und sich darüber Rechenschaft abzulegen. So hat der Patient den Eindruck, er sei Spielball wechselnder Einflüsse, ohne richtig zu wissen, woher diese stammen (Rauchfleisch 1981, S.89). Schliesslich gerät auch das subjektive Realitätsgefühl des Dissozialen oft in Gefahr. Viele der planlosen, panikartigen Reaktionen dienen wohl der Abwehr von Depersonalisations- und Derealisationserlebnissen (Rauchfleisch 1981, S.84). Strukturell gehen der Verlust des subjektiven Realitätsgefühls, die schlechte Unterscheidung zwischen verschiedenen Arten psychischer Erfahrung und die Unfähigkeit, Zukünftiges denkend vorwegzunehmen auf das Konto eines zu wenig kohärenten und tragfähigen Selbst. Das Leben verläuft fragmentarisch statt kontinuierlich. Dem Patienten fehlt das Gefühl, in verschiedenen Situationen ein und dieselbe Person zu sein (Rauchfleisch 1981, S.89). Dynamische Ursachen für die Einbrüche in der Realitätsprüfung bezüglich der eigenen oder fremden Personen sind die Regression auf primitive gut-böse Spaltungsmechanismen, Projektion und projektive Identifizierung im Dienste der Abwehr (Rauchfleisch 1981, S.153). Die affektive Notwendigkeit, das Selbstvertrauen durch

archaische Omnipotenz- und Grandiositätsphantasien aufrecht zu erhalten, ebenso wie beim Zusammenbruch deren Negativ, die totale Selbstentwertung lassen eine realitätsgerechte Selbstkritik nicht zustande kommen (Rauchfleisch 1981, S.177). Die Anerkennung der Zeitlichkeit würde ebenfalls das Aufgeben der Allmacht bedeuten und kann daher aus Gründen der Abwehr nicht geleistet werden. In den engeren Beziehungen kommt es zuweilen sogar zum Aufgeben der Ich-Grenzen und zu einer Regression auf die Stufe bedingungsloser Allmacht, in der alle Bedürfnisse automatisch befriedigt werden müssen. Der Patient erwartet dann beispielsweise, ohne Worte empathisch verstanden zu werden. Im Rahmen einer solchen Regression kann es gelegentlich zu passageren psychotischen Realitätsverkennungen kommen (Rauchfleisch 1981, S.86). Die Beeinträchtigung der Realitätsprüfung muss neben dem Aspekt der Abwehrfunktionen (Rauchfleisch 1981, S.174), höchst wahrscheinlich auch mit andern erworbenen strukturellen Ich-Schwächen (im Sinne Kernbergs) in Zusammenhang gebracht werden. In psychometrischen Tests konnte eine spezifische intellektuelle Behinderung des verbalen Denkens (Rauchfleisch 1981, S.79) der betreffenden Patienten beobachtet werden. Die Wahrnehmung verbaler Informationen ist im Durchschnitt gegenüber dem handelnden oder bildhaften Denken deutlich schlechter entwickelt. Zuletzt muss als vierter ursächlich beteiligter Faktor an der Beeinträchtigung der Realitätsprüfung bei vielen dissozialen Persönlichkeiten eine ungenügende Ausbildung der Reizschuttschranke angenommen werden (Rauchfleisch 1981, S.162/S.174). Denken als Probehandeln mit kleinen Mengen psychischer Energie setzt eine gewisse Distanzierung zu der unmittelbaren Wahrnehmung innerer und äusserer Reize voraus, und erfährt damit eine Einbusse.

2.3 Beziehungsstörung

Die Kontaktstörung, das scheinbar geringe affektive Engagement, das Fehlen einführender zwischenmenschlicher Beziehungen, deren flüchtiger Charakter und die abrupten Beziehungsabbrüche sind wohl an vielen diffamierenden psychiatrischen Urteilen über Dissoziale ursächlich beteiligt. Dabei ist dem Patienten selber die Störung häufig bewusst und er leidet auch darunter. Charakteristisch ist primär weniger die Unfähigkeit, überhaupt Beziehungen aufzunehmen wie bei einzelnen neurotischen oder psychotischen Störungen vorhanden. Auf den ersten Blick ist kein Mangel an Bezugspersonen erkennbar. Später fällt dann erst eine grosse Instabilität und Oberflächlichkeit auf. Die Betreffenden kennen z.B. ihre "Freunde" kaum beim Namen und treffen sie nur so zufällig in der Wirtschaft (Rauchfleisch 1981, S.91). Oft spielt der Alkohol als Stimulans bei der Beziehungsaufnahme

eine grosse Rolle oder es können exhibitionistische Handlungen im Dienste verzweifelter Kontaktaufnahme stehen (Rauchfleisch 1981, S.90). Überhaupt ist nicht etwa ein Mangel an Beziehungswünschen für die Störung verantwortlich, im Gegenteil, es besteht ein fast süchtiges Verlangen nach Zuwendung und Bestätigung (Rauchfleisch 1981, S.91). Wenn doch eine intensivere Beziehung zustande kommt, so enthüllen die Patienten die grössten Ansprüche an Nähe, Zuwendung und Bestätigung und zugleich aber auch massive Angst. Der Wunsch nach einer symbiotischen Beziehung, über die eine allmächtige Kontrolle ausgeübt werden muss, ruft umgekehrt Verschmelzungsängste, das Erleben erheblicher Ambivalenz und extremer Hilflosigkeit hervor. Die hohe narzisstische Kränkbarkeit, die erschwerte Neutralisierung von Aggressionen führen zu einer feindseligen Abhängigkeit von Bezugspersonen, die anstelle der primären Objekte getreten sind (Rauchfleisch 1981, S.146). Der primitive Glaube des Dissozialen, er könne es sich je nach Bedarf gut erlauben, seine Bezugspersonen zu verachten oder fallen zu lassen, da er völlig frei und unabhängig sei von jeglicher Bindung, steht im Dienste der Abwehr gegen Verlassenheitsängste mithilfe des Rückzugs in Grössenphantasien (Rauchfleisch 1981, S.110/1). Solche Partner besitzen letztlich keine eigene Realität für den dissozialen Patienten und dürfen keine autonomen Bedürfnisse äussern (Rauchfleisch 1981, S.147). Hinter dieser Austauschbarkeit der Objekte steht die Angst, das Objekt wegen seiner lebendigen Andersheit als getrennt von sich wahrzunehmen (Nacht & Racamier 1960/1 S.651ff). Für die Dynamik der Abwehr in Beziehungen ist die gut-böse Spaltung in der Wahrnehmung der Objekte kennzeichnend. Einzelne Bezugspersonen werden idealisiert; hingegen werden andere als abgrundtief böse erlebt. Beispielsweise werden Partner, die Szene oder eine Bande idealisiert, während der enttäuschende Counterpart innerhalb der staatlichen Instanzen besonders der Polizei gesucht wird (Rauchfleisch 1981, S.155). Die depressive Position nach Melanie Klein kann deshalb nicht erreicht werden, weil befürchtet wird, die versagenden, bösen Anteile der Objektrepräsentanz könnten die befriedigenden, guten derart kontaminieren, dass der Patient nachher, quasi gottverlassen alleine, ohne innere Objektwelt da stünde oder von aggressiven Selbst- und Objektrepräsentanzen überflutet würde (Rauchfleisch 1981, S.147).

2.4 Depressivität

Eine mehr oder minder verdeckte Depressivität bei Dissozialen wird von den meisten Autoren besprochen. Manche erwähnen den Zusammenhang zwischen Diebstählen, depressiv-narzisstischen Konflikten und traumatischen Mängelerfahrungen.

Das Delikt hat einen symbolischen Charakter, indem sich der Täter mit dem gestohlenen Gegenstand pars pro toto das verlorene Liebesobjekt wieder anzueignen versucht (Rauchfleisch 1981, S.103). Der Depressive, sowie der Dissoziale sind in extremen Mass abhängig von narzisstischer Gratifikation durch die Umwelt und auf der vergeblichen Suche nach einem Idealobjekt, mit dem sie verschmelzen könnten. Lässt ein solcher Partner enttäuschende oder versagende Seiten erkennen, richtet sich die abgespaltene Aggressivität des Patienten gegen ihn, und aufgrund der Identifikation mit ihm, ebenfalls gegen die eigene, dann depressiv werdende Person (Rauchfleisch 1981, S.101). Ebenso typisch für die dissoziale und die depressive Störung sind die hochgradige narzisstische Verletzbarkeit und die Selbstwertproblematik mit Gefühlen der Hilflosigkeit, Unfähigkeit und Minderwertigkeit (Rauchfleisch 1981, S.102). Rauchfleisch zitiert zur komplizierten Psychodynamik der Depression die wichtigsten Überlegungen aus der Literatur. Abraham (1912/16) erwähnt zwei Grundformeln der Depression: 1. "Ich kann die Menschen nicht lieben, ich muss sie hassen" 2. "Die Menschen lieben mich nicht, sie hassen mich ... weil ich mit angeborenen Mängeln behaftet bin". Er wies auf den verdrängten Sadismus hin, der zu den Schuldgefühlen führt, wie auf die Allmachtsphantasien. Freud führte dazu weiter aus, dass die Selbstentwertungen und Vorwürfe des Melancholikers durch einen Konflikt im Ich des Kranken entstünden: Eine vom Ich abgespaltene kritische Instanz stehe dem Rest des Ich feindlich gegenüber und behandle diesen Teil mit einer Aggressivität, die eigentlich dem enttäuschenden (introjierten) Liebesobjekt gelte. Spätere Autoren u.a. Rado (1928) und Fenichel (1945) betonten die extreme Abhängigkeit des Depressiven von äusserer Bestätigung und Liebe, wodurch der Patient hochgradig abhängig und verletzbar werde. Die Ich-Psychologen nach Hartmann betonten noch mehr den narzisstischen Konflikt, der aus den zu hohen Anforderungen des Ich-Ideals und der Unfähigkeit des Ich, diese zu erfüllen resultiere. Jacobson (1977), Nacht & Racamier (1960/1), die sich alle auf die Entwicklungspsychologie Margaret Mahlers beziehen, vereinigen ältere und neue Ideen zu einem komplexen Konzept. Neben der Diskrepanz zwischen Ich-Ideal, Überich und den tatsächlichen Begabungen einer Person zeichnet sich eine ungenügende Neutralisierung aggressiver und libidinöser Triebkomponenten in den Selbst- bzw. Objektrepräsentanzen für die Entstehung der Depression verantwortlich. Verinnerlichungen haben nicht die Qualität von Identifizierungen sondern sind vielmehr gierig-aggressive Introjektionen. Kern der Depression ist das herabgesetzte Selbstwertgefühl, dessen Ursache ein aggressiver Konflikt ist (Rauchfleisch 1981, S.101). Die resultierende Depression ist ein missglückter Kompensationsversuch mithilfe

primitiver Abwehrmechanismen, hauptsächlich der Introjektion (der Schatten des Objekts fällt auf das Selbst), der Projektion und der Spaltung. Unterschiede zwischen den dissozialen Patienten und den rein Depressiven finden sich im Gebrauch von Abwehrmechanismen. Dissoziale setzen zusätzlich noch sogenannte contradepressive Abwehrmechanismen (Nacht & Racamier 1960/1) ein. Die Regression auf orale Befriedigungsmodi in Form von Suchten, einem anklammernden Beziehungsverhalten oder auch Konsumgier gehören zu dieser Art Abwehr. Daneben gibt es auch die Manie, den Zwang und die Hemmung als contradepressive Abwehrformen. Eine zentrale Stellung neben den Spaltungsmechanismen nimmt das handlungsmässige Inszenieren psychischer Konflikte des Dissozialen zur Abwehr des unerträglichen depressiven Gefühls ein. Die Autoaggression, die sich beim Depressiven in Selbstanklagen, somatischen Beschwerden und Opferhaltung äussert, entlädt sich daneben beim Dissozialen auch noch im antisozialen Akt, der nur zu oft in die charakteristische Selbstsabotage mündet (Rauchfleisch 1981, S.103). Die Identifizierung mit dem Angreifer und die Wendung der Aggression gegen die eigene Person im Dienst der Abwehr sind beim Dissozialen vor allem in ihren negativen Aspekten: Schuldgefühlen und Selbstschädigungen ausgeprägt. Positivere Konsequenzen dieses Mechanismus, nämlich eine realistische, partiell selbstkritische Haltung tritt zugunsten der radikalen Selbstentwertung in den Hintergrund (Rauchfleisch 1981, S.189). Zur aggressiven Besetzung der Selbst- und Objektrepräsentanzen gehört auch ein Festhalten an "schlechten" Kindheitserfahrungen. Die Betonung der einmal erfahrenen Ablehnung durch "böse" Teilobjekte und die Verleugnung positiver Erlebnisse mit den selben Personen scheinen Nacht und Racamier (1960/61) zufolge, der Aufrechterhaltung einer minimalen Identität zu dienen.

2.5 Überich-Störung

Phänomenologisch imponiert die Überich-Störung der Dissozialen in asozialem und antisozialem Verhalten, der ihnen häufig vorgeworfenen Rücksichtslosigkeit und Egozentrität in Beziehungen, sowie der Unfähigkeit, aus sozialen Erfahrungen zu lernen. Das simple Defektmodell der Psychopathielehre einer mangelhaften Ausbildung der Gewissensfunktion oder einer kongenital abnormen Triebhaftigkeit kann den wesentlich komplizierteren Verhältnissen, wie sie unter psychodynamischer Beobachtung sichtbar sind, nicht mehr gerecht werden (Rauchfleisch 1981, S.103). Doch auch in der Psychoanalyse nimmt die Überich-Pathologie Dissozialer einen zentralen diagnostischen und prognostischen Stellenwert ein. In der Literatur werden die verschiedensten Arten pathologischer

Gewissensbildung erwähnt: Die Dissoziation einzelner Überich-Anteile voneinander und vom Ich-Ideal, deren mangelhafte Integration in die Gesamtpersönlichkeit und die Abwehr von Überich-Anteilen. Zu den ich-strukturellen Störungen gehört die Internalisierung antisozialer Normen ins Überich und die Verinnerlichung von einander widersprechenden Normen und Idealen. Die Dissoziation der einzelnen Überich Komponenten besteht darin, dass ein auf die Erfüllung illusionärer Wünsche ausgerichtetes, weit von der Realität entferntes Ich-Ideal und ein aus archaischen Verböten hervorgegangenes, mit aggressiver Energie gespeistes Gewissen einander gegenüberstehen. Charakteristischerweise übernehmen diese beiden Instanzen abwechselungsweise die Herrschaft über das Ich, während die jeweils andere abgewehrt wird. Eine Integration dieser Kerne kommt dadurch nicht mehr zustande (Rauchfleisch 1981, S.199). Die Identitätsspaltung wird projektiv in die Aussenwelt verlegt und inszeniert. So können mitunter zwei Gewissen nebeneinander stehen: ein sadistisch strenges Gewissen, mit dem der Betreffende letztlich nicht zu leben vermag und ein anderes trotziges Gewissen, mit dessen Hilfe sich die Persönlichkeit während des Agierens als "Held" erleben kann (Rauchfleisch 1981, S.200). Das trotzige Gewissen entsteht durch die Übernahme von Fremdstigmatisierung ins Selbstkonzept im Sinne einer negativen Identität (Rauchfleisch 1981, S.104). Durch Bestechung des Überich kann ein solcher "Held" dann seine antisozialen Aktivitäten in idealisierender Weise auch noch vor sich selber rechtfertigen (Rauchfleisch 1981, S.188). Unter dynamischem Gesichtspunkt überschwemmt das archaische sadistische Überich vieler Dissozialer diese mit unerträglichen Vorwürfen, die dann auf die Aussenwelt projiziert werden (Rauchfleisch 1981, S.184). Jemand, der sich identifiziert mit dem Gewissen kann sich so berechtigt fühlen, im Namen des "Gesetzes" Aggressionen auszuleben. Bei andern frohlockt das Ich und triumphiert über das Gewissen (Rauchfleisch 1981, S.197) in impulsiven Handlungen. In diesen Zusammenhang gehören die Zusammenstöße der Patienten mit der Justiz in denen der Patient einen verzweiferten Kampf gegen die Überich Träger führt. Solche Aktionen aber intensivieren wiederum das Schuldgefühl und führen letztlich zu einer erneuten Radikalisierung des Überich. Damit entsteht ein verhängnisvoller Teufelskreis mit oft gravierenden selbstschädigenden Konsequenzen, der sich nur schwer durchbrechen lässt. Die gut-böse Spaltung führt auch hier zu einem "Zweifrontenkampf". In der Identifikation mit der total guten Selbstrepräsentanz, die in jedem Fall Anspruch auf Unterstützung und Zuwendung hat, erlebt sich der Dissoziale umgeben von einer vorwurfsvollen, strafenden und versagenden Umwelt als ungerecht Behandelte. In der bösen Teilidentität wiederum kämpft der unglückliche Patient gegen die eigene

Person, die es zu bestrafen gilt (Rauchfleisch 1981, S.185). Die unreifen Überich Formen stehen letztlich einer Ich-Entwicklung hemmend gegenüber. Man bekommt den Eindruck, dass eine solche Persönlichkeit strukturell nur aus Es und Überich zu bestehen scheint, und der daher die Fähigkeit, sich selbst in der Unlust zu behaupten, verloren geht (Rauchfleisch 1981, S.200). Nach Lampel de Groot (1963/64, S.1-22) ist die Gewissensbildung genetisch auf der Stufe des Erlebens von Unlustempfindungen stehen geblieben, während der Verzicht auf Wunscherfüllung und die Befolgung der elterlichen Forderungen, um sich die Liebe der Eltern zu erhalten als Entwicklungsstufe nicht erreicht wurde. Die nachfolgenden Verinnerlichungsprozesse der Gebote im Dienste der sozialen Beziehungen oder in andern Worten, der Aufbau von differenzierten Gegenbesetzungsmechanismen ist nicht vollzogen worden.

2.6 Abwehrmechanismen

Beim Versuch, den verschiedenen psychischen Störungen spezifische Abwehrmechanismen zuzuordnen, stiess man auf die Genese der Abwehrmechanismen als frühkindliche Anpassungsstrategien. Mechanismen, die im Erwachsenenalter in pathologischer Form das Ich hemmen und eine weitere Entwicklung blockieren, dienten ehemals der existentiellen Anpassung des kleinen Kindes an die Familiensituation und der damaligen Ich-Entwicklung in der Integration libidinöser und aggressiver Impulse. Das Ich der Dissozialen wie der Borderline-Patienten im allgemeinen wird durch den Einsatz archaischer Abwehrmechanismen geschwächt. Anstelle der reiferen neurotischen Abwehrmechanismen wie z.B. "Verdrängen" und "Isolieren" treten Mechanismen (Rauchfleisch 1981, S.175), die mehr auf einer projektiven und impulsiven Basis funktionieren. Dazu gehören das Splitting der Objekt- und Selbstrepräsentanzen, die Projektion und projektive Identifizierung, die Deckabwehr und das handlungsmässige Inszenieren innerer Konflikte. Rauchfleisch bespricht zuerst die Abwehrformen, die zum Ziel haben, die kritischen und hemmenden Funktionen des Überich zu lähmen. Das sind die im vorigen Kapitel erwähnten Projektion des Überich auf äussere Autoritäten, Identifikation mit Überich-Trägern, Verleugnung des Überich, Ich-Einschränkung nach Anna Freud, Bestechung des Überich, und Isolierung des Überich. Das Splitting in gute und böse Objekte als weitere Abwehrform dient dem Patienten in erster Linie dazu, die guten Objekte unkontaminiert von bösen, versagenden Aspekten zu halten. Er muss die differenzierte Realität verleugnen, weil er befürchtet, die versagenden, "bösen" Aspekte der Objekte könnten die befriedigenden, "guten" überwältigen und dadurch jegliche Beziehung oder

Bindung verunmöglichen. Rohde-Dachser (1979) nennt drei Hauptbehinderungen, die aus den Spaltungsmechanismen resultieren. Die Spaltung ist ein archaischer Fluchtmechanismus mit partieller Ausschaltung der Wahrnehmungsfunktion. In der Folge erleidet die Realitätsprüfung Einbussen. Zweitens kann sich beim Einsatz dieser Mechanismen die realitätsgerechte Signalangst nicht ausbilden und es bleibt deshalb eine ständige Bereitschaft zu Panikreaktionen. Wegen mangelnder Synthese der libidinösen und aggressiven Triebanteile bleiben den Patienten weniger neutralisierte Energien zur Verfügung. So hat er wenig Kraft für differenzierte Gegenbesetzungsmechanismen, die die reiferen Formen der Abwehr ausmachen. Ein weiterer, der Verleugnung nahestehender Abwehrmechanismus besteht im Nicht-Wahrnehmen wichtiger äusserer Reize. Er wird eingesetzt wenn durch extreme Erregung das Ich überwältigt wird und auseinander zu fallen droht. In einer solchen Situation bleibt dem Ich, da es alle Energie zur Verarbeitung der inneren Erregung benötigt, keine Energie zur Besetzung der Wahrnehmung mehr übrig. Die Folge solcher Ich-Einschränkung sind die charakteristischen Wahrnehmungslücken der Dissozialen (Rauchfleisch 1981, S.108). Die Projektion eigener Impulse oder Affekte auf eine andere Person und die projektive Identifizierung, d.h. die nachfolgende Identifikation mit dem Träger der Projektionen gehören zu den Abwehrmechanismen, die die Realitätsprüfung beeinträchtigen (Rauchfleisch 1981, S.109). Projiziert werden natürlich vor allem aggressive Impulse, die die brüchigen Ich-Grenzen gefährden könnten. Aus dem selben Grund wird die projektive Identifizierung eingesetzt. Die dissoziale Persönlichkeit muss nach Kernberg (1967), ständig, die sie umgebenden Objekte kontrollieren, aus Angst vor der projizierten eigenen chaotischen Aggressivität. Nach Joseph (1961 S.132ff) dient die projektive Identifizierung auch zur Abwehr depressiver Gefühle. Daneben kann der Mechanismus auch als Versuch einer präverbalen Kommunikation, die dem Ich nicht verfügbar ist, gesehen werden. Viele Abwehren werden sehr impulsiv eingesetzt. Externalisierungstendenzen, insbesondere die Inszenierung innerer Konflikte im Handeln, zeigen sich, indem die Patienten ihre äusseren Objekte so manipulieren, dass sie ihre Projektionen validieren und sie in der Folge die, in der frühen Kindheit angeeigneten, pathologischen Adaptationstechniken anwenden können (Rauchfleisch 1981, S.186). Die Bereitschaft zum Handeln ist gross und mehrfach determiniert (Rauchfleisch 1981, S.164). Einerseits dient sie dazu, einer psychischen Desintegration zu entgehen, den Objekten Überich-Funktionen zuzuweisen und somit die Projektionen validieren, die unerträgliche Realität zu korrigieren, Ohnmachtserlebnissen zu entgehen und andererseits

ist sie auch eine nonverbal symbolisierende Ausdrucksweise, eine heimliche Hoffnung ideale empathische Reaktion zu finden. Von Patienten ohne differenziertere Gegenbesetzungsmechanismen werden die einen Triebe und Affekte ganz spezifisch zur Abwehr der andern eingesetzt. Diese Verwendung von Anteilen des Es zu Zwecken der Abwehr nennt man Deck-Abwehr nach Greenson (1958). Rauchfleisch fügte folgendes Beispiel an: (1981, S.158) ein junger Mann wurde gegenüber gutaussehenden Männern leicht aggressiv, während er sich im Grunde von ihnen angezogen fühlte. Contradepressive Abwehren werden auch von Nacht und Racamier erwähnt (1960/1). Dazu gehören die Manie, die Hemmung, der Zwang und die Rückkehr auf orale Befriedigungsmodi. Besonders die letzteren scheinen bei Dissozialen zu süchtigen Verhaltensweisen (Alkohol, Drogen, Nahrung, anklammernde Beziehungen) zu führen. Die kontraphobische Reaktion, eine überschüssige Angstabwehr ist ebenfalls charakteristisch und kann im Extrem bis zur Tötungshandlung reichen. Vor allem die aggressiven Reaktionen dienen in erster Linie der Umkehrung von befürchteter Ohnmacht ins Gegenteil. Die Flucht in die Aktivität, das handlungsmässige Inszenieren steht im Dienste der Abwehr des passiven Ausgeliefertseins an eine traumatisierende Situation. Die Wut und die aggressiven Aktionen können sowohl als Deckabwehr gegen das Gefühl des Alleingelassenwerdens als auch als narzisstische Wut über Kränkungen verstanden werden (Rauchfleisch 1981, S.167). Die Idealisierung "guter" Objekte ist ein narzisstischer Abwehrmechanismus, der die Spaltung weiter stützt (Rauchfleisch 1981, S.109). Beim Zusammenprall der Idealisierung mit der Realität kann das als fusioniert erlebte Selbstobjekt die, für Selbstwert und innere Struktur wichtige Stützfunktion verlieren, was den Patienten in eine tiefe Krise stürzt. Omnipotenzgefühle und die damit verbundene Abwertung der Objekte, die oft skrupellose Gleichgültigkeit gegenüber andern Menschen verbergen eine extreme Kränkbarkeit. Durch die Aktivierung des archaischen Grössenselbst kann sich der Dissoziale im Glauben wiegen, völlig frei, unabhängig von jeglicher Bindung und Verpflichtung zu sein und souverän, seine Bezugspersonen benützen zu können (Rauchfleisch 1981, S.110).

2.7 Fehlentwicklungen in der Triebstruktur

Manche Dissoziale fallen durch eine starke, undifferenzierte Triebhaftigkeit auf. Dazu gehören sexuelle Verwahrlosung, sexuelle Abnormitäten, die Unfähigkeit auf sofortige Befriedigung zu verzichten und die Neigung zu aggressiven Durchbrüchen. Auch bei weniger starker Triebhaftigkeit lässt sich aber die mangelnde Integration der Sexualität und Aggressivität in die Gesamtpersönlichkeit

beobachten. Beispielsweise neigen solche Personen zu ständigem sexuellem Experimentieren mit "Perversionen" auch weit über die Pubertät hinaus. Dies ist nebenbei gesagt, ein typisches Merkmal für die Borderline-Störung im allgemeinen (Rauchfleisch 1981, S.113). Die oft extreme Aggressivität kann einerseits als Ausdruck narzisstischer Wut, als abgespaltener sich gegen das böse Partialobjekt gerichteter Affekt verstanden werden. Teilweise geht sie auf übermässige frühe orale Versagungen zurück und entspricht der unerträglichen Angst vor Objektverlust des Dissozialen (Rauchfleisch 1981, S.114). Wegen der ausgeprägten Tendenz vieler Dissozialer, ihre Triebe ohne Aufschub sofort zu befriedigen und wegen der häufigen unkontrollierten Triebdurchbrüche, mag es den Anschein haben, als stände der Betroffene in einem quasi "ungebrochenen" Verhältnis zu seinem Es. So vertraten auch die Psychoanalytiker der ersten Generation die Hypothese des Überich Mangels der Dissozialen. Dies ist jedoch keineswegs der Fall, vielmehr werden von Patienten ohne differenzierte Gegenbesetzungsmechanismen die Triebe ganz spezifisch zur Abwehr eingesetzt. Nicht selten hat auch die Sexualität eine solche kompensatorische Funktion und dient als Prothese zur Erhaltung des rudimentären Selbst (Rauchfleisch 1981, S.114). Diese seelische "Plombe" dient dabei der Verdeckung einer unerträglichen Wunde im Selbstbild (Morgenthaler 1984 S.171).

2.8 Desintegration der Persönlichkeit

Wegen der schweren Identitätsstörung, der mangelnden Reizschutzschränke und den instabilen Ich-Grenzen droht den Dissozialen eine ständige Desintegration der Persönlichkeit. Die speziellen für präödiipale Störungen charakteristischen, archaischen Abwehrmechanismen, das handlungsmässige Inszenieren psychischer Konflikte dient u.a. der Vorbeugung dieser Desintegration. Dazu werden den äussern Objekten Funktionen zugewiesen, die die innere Struktur des Patienten entweder nicht übernehmen kann, oder die diese Struktur soweit entlasten, dass die Integration gewährleistet bleibt (Rauchfleisch 1981, S.166). Die zentrale Desorganisation der Persönlichkeit entsteht durch das Fehlen eines kohärenten Selbst. Erleben und Handeln werden nicht durch eine, die einzelnen Funktionen übergreifende Kraft geregelt (Rauchfleisch 1981, S.175ff). Dadurch können unkontrollierte regressive Prozesse einsetzen, so dass es zum Auseinanderfallen von Ich-Kernen unterschiedlicher Maturitätsgrade und zu einem Rückschritt in Richtung Primärprozess kommen kann. Die Instabilität der Ich-Grenzen und die Fragmentationserscheinungen führen oft zu einer Neigung, somatische Beschwerden anstelle eines innerpsychischen Konflikts zu erleben (Rauchfleisch 1981,

S.172). Solchen häufigen somatischen Beschwerden (Krankheiten und auch Unfällen) kommt aber nicht wie bei den reifer organisierten Neurosen Ausdruckscharakter zu, sondern die Krankheit dient in erster Linie der Reparation narzisstischer Lücken. Gemeinsam mit den psychosomatischen Störungen haben Dissoziale einen Mangel an Symbolisierungsfähigkeit (Rauchfleisch 1981, S.175/6). Sie haben Mühe, ohne äusseren Reiz ein inneres Bild, Begriff oder Gedanken zu fassen. Dieser Prozess wird durch die mangelnde Fähigkeit zur Verinnerlichung blockiert. Statt dessen führen die starken Projektionsneigungen zur Bildung von Klischees, die dann kaum mehr von der wirklichen Realität mehr unterschieden werden können. Wegen der mangelnd ausgebildeten Reizschranke wird der dissoziale Patient von Aussenreizen und der Macht innerer Impulse derart bedrängt, dass eine Kontrolle über die Wahrnehmungsfunktion und die Motorik nicht mehr gelingt. Das führt dann zu den panikartigen, planlosen Handlungen und dem Fortlaufen (Rauchfleisch 1981, S.162). Die Sexualisierung in der Deckabwehr hat auch die Funktion einer Prothese zur Erhaltung eines rudimentären Selbst. Durch sexuelle Erlebnisse soll das Auftauchen bestimmter Gefühle wie Angst und Depressivität verhindert werden. Alle diese Abwehrmechanismen vermögen in der Regel dem Ich eine genügende Kohärenz zu sichern, so dass psychotische Zusammenbrüche vermieden werden. Jedoch können in symbiotischen Beziehungen wegen einer Regression auf die Stufe magisch-halluzinatorischer Allmacht die Ich-Grenzen derart bedroht sein, dass passagere psychotische Haltungen auftreten können (Rauchfleisch 1981, S.86ff).

2.9 Chronizität der Störung

Rauchfleisch erwähnt (1981, S.115ff), dass die chronischen habituellen Fehlverhaltensmuster der Dissozialen sich in der Regel schon durch deren ganzes Leben wie ein roter Faden hindurch ziehen. Seit der frühen Kindheit und Schulzeit zeichnet ein ständiges Versagen das Leben dieser Menschen. Anders als bei gewissen Neurosen oder den endogenen Psychosen gibt es keinen deutlich beobachtbaren Ausbruch der Symptomatik zu einem gewissen Zeitpunkt und daher scheint die Störung tief im Charakter verwurzelt. Sicher hat dieses Merkmal der Störung dazu beigetragen, dass sie lange als untherapierbar galt. Besonders ungünstiges prognostisches Zeichen scheint ein delinquentes Verhalten schon vor der Pubertät zu sein (Rauchfleisch 1981, S.69). An dissozialen Kindern wurden ähnliche Symptomkonfigurationen (Frustrationsintoleranz, mangelnde Impulskontrolle, Panikreaktionen, Unfähigkeit aus Erfahrungen zu lernen etc.) festgestellt wie bei erwachsenen Patienten.

2.10 Narzisstische Störung

Kern des dissozialen Syndroms bildet eine schwerwiegende präödpale Störung im narzisstischen Bereich. Sowohl das persönliche Identitätsgefühl wie auch die Gewissheit der Realität der eigenen Person können reduziert sein. Es fehlt an einem kohärenten, dem Leben und Erleben Konstanz verleihenden Selbst. In der Folge entsteht ein Mangel an Selbstwertgefühl, eine narzisstische Wunde oder ein "Loch" im Selbst, welches mit archaisch magischen Omnipotenz- und Grössenphantasien kompensiert werden muss. Im narzisstischen Bereich ist der Dissoziale oftmals von zwei Seiten überfordert. Einerseits gehen ihm durch die deprivierte Kindheit viele Kenntnisse und Fertigkeiten, die die Umwelt von ihm erwartet, ab. Andererseits verlangt kompensatorisch sein hypertrophiertes Ich-Ideal von ihm, dass er sich in jeder Situation als "Held" bewiese. So kann eine Situation der Unsicherheit mit grosssprecherischen Auftreten überspielt werden, was nun seinerseits neue soziale Konflikte hervorruft, die noch schwieriger zu bewältigen sind und letztlich zu erneuten narzisstischen Kränkungen mit Versagen und Ablehnung des Patienten führen (Rauchfleisch 1981, S.202). Das willkürliche antisoziale Handeln wird von Grandiositätsvorstellungen getragen, die wiederum im Dienste der Abwehr gegen schwere Selbstentwertungstendenzen stehen. Während der Phasen der Selbstentwertung wird das hypertrophierte Ich-Ideal auf die Aussenwelt projiziert und der antisoziale Akt wird zur Rache und Auflehnung dagegen eingesetzt (Rauchfleisch 1981, S.191). Umgekehrt kann man auch die Diskrepanz zwischen realem Ich und Ich-Ideal, die pathologisch überdehnt ist, gerade für den Verlust und die Instabilität des Selbstvertrauens verantwortlich machen (Rauchfleisch 1981, S.188 ff). Die Omnipotenzgefühle und die damit inbegriffene Entwertung der Objekte stehen auch im Zusammenhang mit der Beziehungsstörung. Der Rückzug in die Grössenphantasien stellt einen Schutz gegen Kränkungen dar, und dient gleichzeitig der Vermeidung der Erkenntnis der Abhängigkeit von den Objekten und der Aufrechterhaltung des Splittings (Rauchfleisch 1981, S.110/1). Auch somatische Reaktionen und Unfälle werden mangels reiferer Abwehrmechanismen oft zur Verarbeitung von Kränkungserlebnissen eingesetzt.

3. Ätiologie der dissozialen Charakterstörung

In der Regel müssen die psychodynamischen Hypothesen zur Genese einer Störung in erster Linie aus den retrospektiven Berichten der erwachsenen Patienten gewonnen werden. Im Falle der Dissozialität hingegen werden die psychoanalytischen

Überlegungen ergänzt und unterstützt durch die empirischen Befunde der Kinder- und Säuglingsbeobachtung. Nicht selten finden sich über die Kindheit der Patienten und über ihre Familien schon grössere Mengen an Aktenunterlagen von Kinderpsychiatern, Vormundschaftsbehörden und Jugendanwaltschaft.

3.1 Säuglingsalter und symbiotische Phase

Während früher vor allem der genetisch-biologische Aspekt in der Entstehung einer Psychopathie betont wurde, besteht seit den Untersuchungen von Bowlby und Spitz (1945 & 1946) und deren Nachfolger weitgehend auch bei empirisch arbeitenden Soziologen und Kriminologen Übereinstimmung, dass die Kindheitsgeschichte oft ursächlich an einer delinquenten Karriere beteiligt ist. Empirisch erwiesen sind vor allem die fatalen Folgen von Trennungssituationen und Heimaufenthalten im Säuglings- und Kindesalter, und der besonders die Ich-Entwicklung eines Kindes einschränkenden Mangel an Bindungen und stabilen Beziehungen (Rauchfleisch 1981, S.63-69). Nicht nur reale Trennungssituationen haben jedoch solche fatalen Folgen. Auch die emotionale Abwesenheit der Mutter, wenn sie von eigenen Problemen oder Verzweiflung erdrückt wird, kann eine traumatisierende Versagenssituation für das kleine Kind darstellen (Rauchfleisch 1981, S.143). Andere dissoziale Patienten litten in der Kindheit unter extremen Schwankungen im Erziehungsstil ihrer Eltern. Abwechslungsweise extreme Härte und dann wieder unangemessene Verwöhnung verunmöglichten eine konstante tragende Zuwendung in der Erziehung (Rauchfleisch 1981, S.143). Andererseits gibt es tiefgreifende Störungen der Mutter-Kind Beziehung, die auf der Unfähigkeit des Kindes beruhen, seine Bedürfnisse der Mutter mitzuteilen oder ihr Beziehungsangebot wahrzunehmen (Rauchfleisch 1981, S.142). Weiter wurde in einer Reihe von psychologischen Untersuchungen nachgewiesen, dass die verbal-intellektuelle Entwicklung, die Gedächtnisleistung und die Detaillierung in der Wahrnehmung durch ein unterstimulierendes Milieu behindert werden. In Kinder- und Säuglingsheimen, sowie bei Eltern, die aus sozialen oder psychischen Gründen sich nicht ausreichend um das Kind kümmern können, ist eine deprivierende Umgebung für die Sprachentwicklung die Folge. Psychodynamisch kommt es beim Fehlen einer genügend tragfähigen symbiotischen Beziehung zur Mutter im Säuglingsalter zu erheblichen Beeinträchtigungen in den Selbst- und Objektrepräsentanzen (Rauchfleisch 1981, S.145). In dieser frühen Zeit kann das Kind noch nicht trauern und kann daher seine Ambivalenz und narzisstischen Konflikte nicht auflösen, so wird die Entwicklung der Triebneutralisierung aggressiver und libidinöser Strebungen blockiert (Rauchfleisch 1981, S.101). Die depressive

Komponente der Symptomatik wird durch diese frühen Traumatisierungen hervorgerufen. Die strukturelle Ich- und Überich Deformation ist sekundär auf den depressiv-narzisstischen Kernkonflikt und die Instabilität der Bindungen zurückzuführen. Mahler (1966, 1972 & 1975) charakterisiert als Voraussetzung für den Aufbau eines dauerhaften Selbstwertgefühls, die Weiterentwicklung des Glaubens an die eigene Onnipotenz und an diejenige der Eltern, an deren das Kind in Symbiose teilhat (Rauchfleisch 1981, S.97/S.146). Dadurch, dass die Mutter nicht optimal verfügbar war, erlaubte sie aber dem Kind nicht die phasenadäquate Durcharbeitung seiner aggressiven Strebungen zu üben und neutralisieren. Eine Mutter, die sehr stark von innerpsychischen oder schweren sozialen Konflikten in Anspruch genommen wird kann das Kind nicht adäquat spiegeln (Rauchfleisch 1981, S.146).

3.2 Trennungs-und Individuationsphasen

Vor dem Hintergrund dieses oral-aggressiven Kernkonflikts können wir wie bei Borderlinestörungen allgemein im 2/3 Lebensjahr einen pathologischen Fixierungspunkt im Prozess von Loslösung und Individuation vermuten. Nach der Symbiose tritt das Kind während der schnellen Entwicklung seiner Motorik und Sprache in das Stadium der Übungsphase (Mahler 1980, S.55 ff). In einem narzisstischen Hochgefühl erprobt es die neuen Fähigkeiten. Diese geht dann über in die Phase der Wiederannäherung, in der das Kind sich der schützenden Präsenz der Mutter erneut versichern muss. Es regrediert und verliert vorübergehend einige der neuerworbenen selbständigen Fähigkeiten (Rauchfleisch 1981, S.146). In der Wiederannäherungsphase nimmt das Kind die Mutter bereits als deutlich von ihm getrenntes Objekt wahr (Mahler 1972, 1975 & 1980). Bei den etwa gleichzeitig ablaufenden analen Konflikten haben die Autonomiebestrebungen des kleinen Kindes einen Höhepunkt erreicht. Ein Kind, das später eine Borderline-Persönlichkeitsorganisation entwickelt, scheitert aber bei der Wiederannäherung aufgrund der frühen Traumatisierungen und Mangelerfahrungen mit seinen Autonomiebestrebungen, wenn es durch Kränkungen und Enttäuschungen, die es nicht bewältigen kann, an einer Weiterentwicklung gehindert wird oder wenn ihm die Eltern die Autonomie verweigern (Mahler 1972, 1975 & Rauchfleisch 1981, S.146). Diese Kinder sind auf halbem Weg zwischen verbender Wiederannäherung an das geliebte Objekt und enttäuschter Abwendung von ihm stecken geblieben. Die Folge einer gestörten Wiederannäherung ist die Spaltung der Objekte und der eigenen Person in "gute" und "böse" Anteile. Zwar ist die Unterscheidung zwischen dem Selbst und den Objekten einigermaßen etabliert, jedoch versuchen die Patienten mit allen Mitteln, die Vorstellung aufrechtzuerhalten, dass die

versorgenden, empathischen Qualitäten von den Versagenden, Bösen nicht zwei Seiten der selben Person sein könnten. Kernberg wies darauf hin, dass die Spaltung aber nicht lediglich der Ausdruck eines Defekts in der Ich-Struktur ist, sondern vom Patienten aktiv als Abwehrmechanismus eingesetzt wird (Rauchfleisch 1981, S.149). Die Spaltung der Objekte impliziert immer auch eine Spaltung der Selbstrepräsentanz in gute und schlechte Anteile. In ihrer negativen Qualität erlebt der Dissoziale die enttäuschende, mächtige Elternfigur oft in Gestalt staatlicher Instanzen, der Gesellschaft allgemein aber auch in persönlichen Beziehungen, die die Idealisierung nicht zu erfüllen vermögen und deshalb als "böse" erlebt werden. Andere Autoren, allen voran Melanie Klein (1972), bemerkten auch die entwicklungsgeschichtliche Bedeutung der Fähigkeit, Depression zu ertragen. Nach einer ersten von Klein "paranoid-schizoid" genannten Phase der verinnerlichten Teilobjekte, die noch in gute und böse gespalten sind und entsprechend auch in die Aussenwelt projiziert werden können, folgt in der Entwicklung die sogenannte depressive Position. Das Kind wird fähig, die guten und bösen Teilobjekte als zwei Seiten desselben Liebesobjekts wahrzunehmen. Es wird sich somit seiner Ambivalenz bewusst und erkennt das, durch die unzensuriert böse Projektion angerichtete Unrecht und leidet dann unter seinen sadistischen und kannibalistischen Teilimpulsen. Depressionsanfällige sind auf der depressiven Position fixiert; sie sind erfüllt von unbewussten gierigen und destruktiven Phantasien und grosser Ambivalenz gegenüber dem Liebesobjekt. Um diese Ambivalenz nicht bemerken zu müssen, setzen sie die beschriebenen Abwehrmechanismen ein. Rohde-Dachser (1979 S.115 ff) wies darauf hin, dass Personen mit gespaltenen Objekt- und Selbstrepräsentanzen kaum ein Gefühl für ihr historisches Gewordensein entwickeln können. Das Leben solcher Patienten entfaltet sich oft in einer beinahe auf einen Punkt zusammengeschrumpften Augenblicksidentität ohne Bezug zu Vergangenheit oder Zukunft. Nicht nur die Ich-Schwäche, auch die Überich-Störung kann genetisch aus der Zeit vor dem Oedipuskomplex datieren. Voraussetzung für ein freundliches Überich wäre eine gute präödicale als auch ödipale Beziehung zu den Eltern. Vor allem die präödicale sadistisch getönten Erfahrungen führen aber zu einer Fixierung des Überich an orale und anal-sadistische Imagines (Rauchfleisch 1981, S.193).

3.3 Ödipale Phase

Wegen dem oral-depressiven Grundkonflikt kommt es, infolge des Drucks prägenitaler Aggression zum vorzeitigen Durchlaufen der ödipalen Krise (Kernberg 1975 S.890ff). Das von der Mutter enttäuschte Kind wendet sich von ihr ab und verfrüht dem Vater

zu. Grunberger (1976) nimmt an, dass das Kind beiderlei Geschlechts, um sich selbst lieben zu können, die narzisstische Bestätigung auf den Vater projiziere, weil das erste Objekt, die Mutter, sich als ungenügend erwiesen habe. Diese vorzeitige Ödipalisierung, während der die Entwicklung des Ich hinter derjenigen der Triebe hinterherläuft, stellt eine permanente Stresssituation dar. Bei den gleichzeitig bestehenden prägenitalen Konflikten wird das Ich eines solchen Kindes erheblich überfordert. Rauchfleisch stellt die Hypothese auf, dass das mit ohnehin wenig neutralisierter Energie versorgte Ich, dem zuwenig Zeit blieb, sich in den einzelnen Phasen zu konsolidieren, sekundär noch weiter geschwächt wird (Rauchfleisch 1981, S.158). Infolge der Dissoziation der Objektrepräsentanzen in gute und böse, kommt es nicht zu einer echten Triangulation. Dazu kommt dass in vielen Fällen der reale Vater selber völlig ausfällt oder sich als ähnlich unzuverlässig und willkürlich entpuppt wie die Mutter. Mädchen wendet sich verfrüht dem Vater zu, und zeigt gewisse Ähnlichkeit mit hysterischen Störungen. Der Einsatz erotisch sexueller Verführungstechniken stellt bei diesen Patientinnen jedoch eher ein sekundäres Phänomen dar. Sie haben gelernt, dass auf diesem Weg ihre Zuwendungswünsche am ehesten Erfüllung finden. Beim männlichen Patienten verbirgt sich der negative Oedipuskomplex oft hinter einer forcierten Männlichkeit. Kernberg (1975 S.890ff) nimmt an, dass der Knabe auf den Vater als Projektionsfigur für exzessive prägenitale und genitale Aggression mit überwältigender Kastrationsangst reagiert. Die der Bestätigung der männlichen Identität dienenden vielfältigen flüchtigen heterosexuellen Beziehungen können unter diesem Aspekt als Abwehr der homosexuellen Versuchungen interpretiert werden, die als zentrale Bedrohung erlebt würde (Rauchfleisch 1981 S.158).

4. Psychoanalytische Therapie des dissozialen Syndroms

Dissoziale gelten in der Literatur als unmotiviert und kommen eher selten von sich aus zur Therapie. Selbst optimistische Analytiker wie Aichhorn fanden, dass die klassische Technik bei diesen Personen nicht angebracht war und besprachen die Schwierigkeit, ein ihnen angepasstes Setting zu finden. Bei andern Autoren galten Dissoziale sogar als unbehandelbar oder nur mit ungünstiger Prognose (Kernberg 1979 und 1988). Die Behandlung dissozialer Patienten verlangt vom Therapeuten ein äusserst flexibles Vorgehen (Rauchfleisch 1981 S.56 ff). Die Schwierigkeiten der Therapie bestehen (Rauchfleisch 1981, S.59) in den starren pathologischen Verhaltensweisen der Patienten mit erheblichen Ersatzbefriedigungen und Vermeidungstendenzen. Die erwähnte

Neigung, innerpsychische Konflikte handelnd zu inszenieren anstatt zu reflektieren, und gleichzeitig die Belastung der dadurch entstandenen gravierenden sozialen Probleme, führen zu einer schwierigen narzisstischen Übertragungskonfiguration, die wiederum ausserhalb der Stunde agiert wird. Wegen der genannten Störungen der Ich-Funktionen können viele Dissoziale nicht das übliche Behandlungsbündnis eingehen. Die verlangte bewusste Einsicht und Motivation für die "therapeutische Ich-Spaltung" fehlt und der Verzicht auf unmittelbare Triebbefriedigung wird schwer akzeptiert (Rauchfleisch 1981, S.58). Viele Autoren fanden, dass sie bei der Behandlung Dissozialer zwei Phasen unterscheiden konnten (Rauchfleisch 1981, S.60 ff). Die erste Phase diene der Etablierung einer positiv besetzten Beziehung zwischen Therapeut und Patient und der Ich-Stärkung des Patienten. In der ersten Phase musste die Verwahrlosung in eine Neurose mit innerpsychischem Konflikt umgewandelt werden, die dann mit klassischen Mitteln der Deutung in der Übertragung behandelt werden kann (Rauchfleisch 1981, S.181). Erst in der zweiten Phase steht die Durcharbeitung der unbewussten Konflikte und ihrer Abwehr an, sowie die Bearbeitung der Übertragungsbeziehung insbesondere der aggressiven Aspekte davon im Vordergrund. Rauchfleisch selber ist der Ansicht, dass sich die beiden Phasen durchaus schon von Anfang an ergänzen können und gleichzeitig beide Aspekte durchgearbeitet werden müssen.

4.1 Motivations-Phase

Der Therapiebeginn ist oft durch eine geringe Motivation gekennzeichnet. Selten gelangt ein Dissozialer aus innerer Not an einen Therapeuten; viel öfter sind zuerst reale Hilfeleistungen wie Medikamente, ärztliche Zeugnisse oder der Erlass von Justizstrafen durch eine ambulante Massnahme gewünscht oder ist der Druck von Angehörigen, Behörden oder dem Arbeitgeber mitbeteiligt. Die Unmotiviertheit heisst aber nicht unbedingt, dass der Patient wirklich keine psychotherapeutische Hilfe brauchte oder nicht akzeptieren könnte. Blanck und Blanck (1981 S.242ff) haben mit Recht darauf hingewiesen, dass beim "unmotivierten" Patienten nicht unbedingt der Wunsch fehle, sich besser zu fühlen. Der Mangel an Motivation habe vielmehr mit aggressiven Internalisierungen zu tun, die auf Verzerrungen und Versagungen in frühen Erlebnissen basierten. Diese verhinderten eine optimistische Antizipation und das Verständnis der therapeutischen Erfahrung als einer dyadischen Wechselbeziehung, die günstige Möglichkeiten verspreche. Da die Selbst- und Objektrepräsentanzen dieser Patienten mit Aggression besetzt seien, stehe ein solcher Patient unter der zum Teil massiven Angst vor Verletzungen seiner selbst und des Therapeuten.

(Blanck & Blanck 1981, S.242ff). Daher raten manche Autoren dazu, das "Eröffnungsmanöver" des Patienten, der sich vielleicht recht negativ zu der bevorstehenden Therapie äussert, nicht in Frage zu stellen und sich auch mit einer sehr lockeren, nur für den Moment geltenden Arbeitsallianz zufriedenzugeben (Rauchfleisch 1981, S.119 ff). So kann die Bereitschaft des Patienten, an der Therapie mitzuwirken, unter Umständen nicht verbal formuliert werden, sondern wird lediglich durch Anwesenheit demonstriert. Die Behandlung muss am Anfang darauf abzielen, den Patienten therapierbar zu machen, d.h. eine tragfähige emotionale Beziehung zum Therapeuten aufzubauen und eine gewisse Krankheitseinsicht herzustellen. Dabei steht die Verfügbarkeit des Therapeuten im Sinne der "holding" Funktion Winnicott's, die Gestaltung des emotionalen Bandes zwischen Therapeuten und Patienten und eine gewisse Abschirmung vor neuen traumatisierenden Erfahrungen im Vordergrund (Rauchfleisch 1981, S.181). Oft wird vom Therapeuten in dieser Zeit eine grosse Aktivität und Flexibilität bezüglich des Settings gefordert.

4.2 Technik und Setting

Ein klassisch psychoanalytisches Setting, in dem der Patient mehrmals wöchentlich kommt, die Analyse selber bezahlt und auf der Couch liegt, kommt bei diesen Patienten praktisch nie in Frage. In den allermeisten Fällen müssen oft gleichzeitig mehrere Parameter im Sinne Eisslers (1953) in die Behandlung eingeführt werden. Solche Parameter beschränken sich nicht nur auf sitzendes Arrangement und Bezahlung durch die Krankenkassen, sondern umfassen je nach dem auch Sachhilfen und die Beratung von Angehörigen. Die Bereitschaft, unter Umständen aktiv bei der Lösung äusserer Probleme mitzuwirken, ist vonnöten. Zu den Parametern kann der Einsatz von Medikamenten gehören, mit dem Ziel, die Angst und Impulskontrolle zu stärken und somit die beobachtenden verhaltenskontrollierenden Ich-Funktionen des Patienten zu fördern (Kurz 1987). In der Übertragungskonfiguration kann das Medikament eine symbolische Rolle besitzen, etwa im Sinne eines Übergangsobjekts (Winnicott) oder eines dringend benötigten "guten" inneren Objekts (Rauchfleisch 1981, S.57). Eine andere erhebliche Modifikation der Abstinenzregel besteht in dem von Rauchfleisch bifokal genannten Vorgehen. Der Therapeut muss zuweilen aktiv in die täglichen Lebensvollzüge des Patienten eingreifen, um ihm gewisse Hilfestellungen zu leisten. Dazu gehören beispielsweise Kontaktaufnahme mit Arbeitgebern, Ämtern, Partner bei sonst unlösbaren Konflikten oder das Erteilen von Ratschlägen, wo der Patient seine Schuldensanierung einleiten könnte. Rauchfleisch ist sich dabei durchaus der Gefahren eines solchen Vorgehen bewusst.

Damit kein Mitagieren im Sinne des Verschleierns unbewusster Dynamik entsteht, oder die Hilfeleistungen für den Patienten zur Ersatzbefriedigung durch den omnipotenten Therapeuten werden, ist die konsequente Deutung und Durcharbeitung der entstehenden Übertragungskonstellation vonnöten (Rauchfleisch 1981, S.121). Man beachte dabei, dass ganz besonders die negativen und abgespaltene Übertragungsanteile nicht verpasst werden. Der Therapeut ist somit einerseits bereit, dem Patienten bei der Lösung äusserer Probleme behilflich zu sein, aber er erhellt andererseits immer wieder die dynamischen Ursachen der Konflikte und regt den Patienten zur Selbstexploration an (Rauchfleisch 1981, S.122). Wie bei der Behandlung von verwahrlosten Kindern und Jugendlichen ist empfehlenswert, dass sich der Therapeut für Kontakte mit den Angehörigen offen hält. Gleichzeitig sollte er aber diese Nebenkontakte für den Patienten völlig transparent halten und natürlich nur mit dessen Einverständnis aufnehmen (Rauchfleisch 1981, S.58). Die Technik der Gesprächsführung unterscheidet sich nicht prinzipiell von der anderer psychoanalytischer Behandlungen. So folgt sie den von Greenson (1975 S.108ff) aufgestellten Interventionsschritten: Konfrontation, Klärung, Deutung und Durcharbeiten. Das Schwergewicht bei den Dissozialen sollte vor allem auf die Konfrontation, Klärung und das Durcharbeiten der pathologischen Abwehrformen: Spaltung, Verleugnung und projektive Identifikation gelegt werden. Deutungen sollten weniger als Verbalisierung unbewusster Prozesse angebracht werden, als die Abwehrmechanismen aufzeigen, um, den Realitätsbezug sowie die Angst- und Spannungstoleranz zu verbessern. Die Frage wieviel interveniert werden soll, ist angesichts der gravierenden ich-strukturellen Störungen der Patienten klar zugunsten eines aktiveren Gesprächsstils zu beantworten. Eine wie von manchen Analytikern bei gewöhnlichen Neurosen geforderte schweigende Zurückhaltung verbietet sich hier (Rauchfleisch 1981, S.127). Der Therapeut kann den Patienten am besten selber das Tempo bestimmen lassen und dabei sorgsam darauf achten, dass der Patient mit seiner geringen Frustrationstoleranz nicht überfordert wird. Zur Frage wann gedeutet werden soll, finden wir schon bei Freud die auch für Dissoziale geltende Regel, dass der Analytiker nur Deutungen geben soll, wenn eine positive Übertragungsbeziehung besteht (Rauchfleisch 1981, S.125) und der Patient überhaupt in der Lage ist, den ihn mitgeteilten Sachverhalt aufzunehmen. Die extremen Schwankungen in den Objektbeziehungen Dissozialer machen es oft enorm schwierig, den richtigen Augenblick für eine Intervention zu finden. Entweder überschwemmen die Patienten den Therapeuten mit aktuellen Konflikten und zwingen ihn so auch in ein punktiiformes Erleben hinein, so dass kaum Zeit für ein

deutendes Aufzeigen grösserer Zusammenhänge bleibt. Andere verunmöglichen Interventionen dadurch, dass sie agierend nicht zur abgemachten Stunde erscheinen. Als andere Variante des Behandlungswiderstands kommen gewisse Patienten in einer derart dysphorisch gereizten Stimmung zur Therapie, dass jede Intervention wirkungslos an ihnen abprallt (Rauchfleisch 1981, S.128). Daher ist es wichtig, dass der Therapeut, wann immer sich Gelegenheit bietet, in einer Intervention die Ereignisse der zurückliegenden Zeit in einen Gesamtzusammenhang bringt (Rauchfleisch 1981, S.130). Was gedeutet werden soll, richtet sich ebenfalls nach der klassischen Regel, dass die therapeutische Arbeit am Ich und bei den bewusstseinsnahen Inhalten anzusetzen hat und nicht bei den verdrängten Impulsen. Die Beachtung dieser Regel ist gemäss Racker (1978 S.55) vor allem für Patienten, die zu Spaltungen neigen, von zentraler Bedeutung. Die Deutung eines verdrängten Impulses ohne vorherige Bearbeitung der archaischen Abwehr führe zu einer Spaltung, die selbst eine frühe, pathologische Abwehr ist, in der Übertragung. Es könnte ungünstigerweise die Situation entstehen, dass der Therapeut mit dem abwehrenden Teil des Ich des Patienten identifiziert werde, während der Patient selber mit dem Impuls identifiziert bleibe. Aber auch der umgekehrte Fehler, nämlich nur Widerstand und Abwehr zu deuten, könnte zu einer ähnlichen Spaltung führen, wenn nicht gleichzeitig, die lebensbewahrenden positiven Tendenzen, die diese Widerstände in sich schliessen oder die abgewehrten positiven Tendenzen gedeutet werden (Rauchfleisch 1981, S.126). Eine spezielle Deutungstechnik verwendet Rauchfleisch, indem er Interventionen manchmal nicht nur in verbaler Form sondern in symbolisch bildhafter Form mit einer Zeichnung darstellt. Die Dominanz des anschaulich konkreten Denkens über das verbale abstraktere kann bewirken, dass es den Betroffenen leichter fällt eine solche Darstellung der Sachverhalte zu akzeptieren (Rauchfleisch 1981, S.136).

4.3 Durcharbeiten, Übertragung und Gegenübertragung

Die Kunst psychoanalytischer Therapie besteht nicht bloss aus einer komplizierten Metapsychologie und einer ausgefeilten Technik, sondern in allererster Linie im Aushalten und Durcharbeiten der triebhaften und narzisstischen Übertragungen des Patienten. Bei Dissozialen entsteht oft eine spezifische narzisstische Übertragungskonstellation in der der Therapeut als Selbstobjekt benötigt wird. Der Patient wünscht sich eine symbiotische, idealisierte Beziehung aber andererseits verwendet er den Therapeuten auch als Gefäss für abgespaltene Selbstanteile und Affekte. Ein Kernkonflikt solcher Persönlichkeiten besteht in der tragischen Unmöglichkeit, den Wunsch nach einer totalen Verschmelzung mit dem idealisierten

Objekt zu verwirklichen, weil gleichzeitig die Angst davor zu gross ist. Die ausgeprägte orale Aggression, die abgewehrten unbewussten Schuldgefühle deswegen, und latente paranoide Tendenzen führen dazu, dass der Patient nicht imstande ist eine Abhängigkeitsbeziehung zum Therapeuten auszuhalten (Rauchfleisch 1981 S.211). Charakteristischerweise werden Projektionen und projektive Identifikationen eingesetzt, um die Trennung von Selbst und Objekt verleugnen zu können. Kann diese Abwehr nicht mehr aufrecht erhalten werden, so erleben diese Menschen quälend ihre Abhängigkeit und es taucht intensiver Neid gegenüber den idealisierten Objekten auf (Rauchfleisch 1981 S.213). Therapeutisch kommt es wie Rosenfeld (1971 S.476ff) betont, bei einer solchen Konstellation darauf an, den Zugang zum libidinösen Anteil des Selbst, dem Patienten zu erschliessen, und gleichzeitig ist wichtig, dass der Patient sich allmählich der abgespaltenen, destruktiv omnipotenten Teile des Selbst bewusst werde. Die Schwierigkeiten mit dem Setting beschränken sich nicht nur auf den "wohldosierten" Einsatz von Parametern sondern bestehen auch darin, das agierende Verhalten des Patienten auszuhalten. Stundenausfälle- und Verschiebungen, Telephone des Patienten müssen vorerst toleriert werden, um sie als Widerstände zu verstehen und geduldig mit dem Patienten durchzuarbeiten. Es ist somit auch eine Frage der Stabilität des Therapeuten, ob er die Entwertung erträgt, die bei ihm mit dem Schwänzen von Stunden und der damit verbundenen Projektion negativer Objektrepräsentanzen ausgelöst wird. Viele archaische impulsive Handlungsweisen und Symptome müssen im therapeutischen Umgang im Hinblick auf das dahinter liegende präverbale Erleben thematisiert werden. Dazu gehören etwa das handlungsmässige Inszenieren oder auch nicht objektivierbare somatische Beschwerden, die im Grunde an Kränkungserlebnisse anknüpfen (Rauchfleisch 1981, S.173). Der Patient muss zur verbalen Besetzung dieser Erfahrungen ermutigt werden, damit dann das strukturiertere Ich zunehmend die Kontrolle über die Impulse übernehmen kann (Rauchfleisch 1981, S.169). Die Agiertendenzen sollten in dem Sinne besprochen werden, als der Therapeut aufzeigt, dass dahinter Gefühle wirksam sind, die oft von Konflikten und Mangelerfahrungen aus der präverbalen Zeit stammen. Im besten Falle erfolgt so eine Stärkung der Autonomie des Patienten zur Folge, der sich nicht mehr so sehr als Spielball "blinder Mächte" erleben muss. Grunberger (1976) zufolge entsteht die erwünschte Entwicklung durch die Aufwertung, die der Patient in seinen Gefühlen und Trieben durch ein idealisiertes Objekt erfährt. Sie ermöglicht die Verschmelzung von narzisstischen Elementen mit dem Trieb. Anlässlich von Ferien, Stundenausfällen und Verschiebungen oder ganz einfach, wenn der Therapeut einmal nicht sofort zur Verfügung steht, reagiert der Patient oft mit Schwänzen oder

sogar Behandlungsabbruch. Er nimmt den drohenden Beziehungsabbruch vorweg und verlässt den Therapeuten bevor dieser ihn verlässt. Traumatische Kindheitserlebnisse konstellieren die Übertragungssituation so, dass auf Trennungs- und Deprivationserlebnisse mit panikartigen Verhalten reagiert wird. Charakteristisch ist die Verkehrung ins Gegenteil, in der der passiven Erduldung in aktiver Weise zugekommen wird. Eher will ein solcher Patient die Therapie abbrechen, als noch einmal erleben zu müssen, dass er von einem ihm nahestehenden Menschen verlassen wird (Rauchfleisch 1981, S.144). Manche Patienten zwingen durch ihr Agieren den Analytiker in die Rolle des primitiven Überich, gegen das dann der "ungebrochene" Kampfgeist ins Feld geführt werden kann. Bei einer solchen kryptischen Übertragung hat man den Eindruck, als ob kein wirkliches Liebesobjekt und kein integrierendes Ich vorhanden seien, sondern nur in die Aussenwelt projizierte Überich-Figuren. Das gestörte Überich scheint parasitär die Stelle aller andern psychischen Instanzen usurpiert zu haben. Der Gewinn einer solchen Übertragungskonstellation liegt darin, dass das Überich sich entlastet und das zu schwache Ich frohlocken kann, weil ihm das Durcharbeiten der Situation und die Übernahme von Autonomie und Verantwortung erspart geblieben ist (Rauchfleisch 1981, S.186). Der Bearbeitung der projektiv-introjektiven Tendenzen und Spaltungsmechanismen stellen sich verschiedene Schwierigkeiten entgegen. Einerseits fällt auf, dass viele Patienten verzweifelt an den "bösen" Teilobjekten festhalten im Bestreben, eine rudimentäre Identität aufrechtzuerhalten (Rauchfleisch 1981, S.189). Wenn die Bearbeitung weitgeschritten ist, können andererseits die selbstdestruktiven Kräfte, der Überschuss an aggressiver Besetzung der Repräsentanzen freigesetzt und gegen die eigene Person gewendet werden. In Zeiten in denen der Patient früher tötlich geworden wäre oder sonstige Auseinandersetzungen provoziert hätte, kann er nun erhebliche Selbstsabotagen und manifeste Selbstverletzungen produzieren (Rauchfleisch 1981, S.153). Im therapeutischen Umgang mit der Wendung der Aggression gegen die eigene Person ist zu beachten, dass diese nicht vollständig abgebaut werden kann, sondern dass vielmehr ein Teil davon für konstruktive, regulative Ich-Funktionen wie die Konsolidierung der sozialen Normen eingesetzt werden soll (Rauchfleisch 1981, S.189). Hinter einer andern negativen therapeutischen Reaktion steht manchmal die grosse Ambivalenz, die der Dissoziale eigener Autonomie gegenüber erlebt. Verbal und im Handeln äussert er zwar scheinbar eindeutig den Wunsch, total unabhängig zu sein. Unbewusst inszeniert er aber Selbstsabotagen und beweist dem Therapeuten, dass er in keiner Weise selbständig sei, um damit der Angst vor Autonomie gekoppelten Depression zu entgehen. Die Zunahme der Autonomie

wird nämlich mit dem Zerreißen des symbiotischen Bandes und dem Entzug narzisstischer Zuwendung gleichgesetzt (Rauchfleisch 1981, S.135). Wenn die narzisstischen Übertragungsanteile ausreichend vom Patienten erlebt worden sind und sein Selbstwertgefühl dadurch eine Stärkung erfahren hat, kann man ihn vorsichtig auch mit Gefühlen seiner negativen Übertragung konfrontieren. Je labiler die narzisstische Homöostase und je grösser die Kränkbarkeit, desto vorsichtiger sollte das Thema "Enttäuschungen über den Therapeuten" erwähnt werden. Rauchfleisch empfiehlt beim Durcharbeiten der narzisstischen Positionen nicht zu vergessen, deren Auswirkungen auch in den Beziehungen des Patienten zu Freunden, Arbeitgebern, und sogar Haustieren zu deuten (1981 S.223). Während Kernberg der Ansicht ist, dass man die positive Übertragung des Patienten stehen lassen soll und sie nicht deutet aber die negative Übertragung unbedingt sofort thematisiert werden soll, vertritt Rauchfleisch für die erste Therapiephase eher die Meinung Kohuts. Dieser setzt eine Stärkung des Selbstwertgefühls durch Spiegeln in der narzisstischen Übertragung (idealisierende, verschmelzende, Alter-Ego, Spiegel-Übertragung) voraus, bevor erst zur Deutung negativer Übertragungsanteile übergegangen werden kann. Rauchfleisch mahnt zur Vorsicht bei Deutungen der negativen Übertragung in späteren Therapiephasen und fordert, dass sie vor allem im hic et nunc zu bearbeitet werde und dass auf genetische Rekonstruktionen weitgehend zu verzichten sei (Rauchfleisch 1981, S.128). Auch in der Gegenübertragung schlägt sich die gut-böse Spaltung nieder. Der Therapeut erlebt in sich selber etwas von der Zerrissenheit seiner Patienten, wie es für Borderlinestörungen typisch ist, wenn er zwischen Anteilnahme und Optimismus und andererseits Ablehnung und Resignation hin und her schwankt (Rauchfleisch 1981, S.139). Insgesamt stellt sich in der ganzen Behandlung die Frage, wie gross die Belastung sein darf, die der Therapeut dem Patienten zumuten kann und wie gross sie sein muss, damit noch ein therapeutischer Fortschritt zu erreichen ist. Ein allzu forsches Vorgehen kann den Patienten mit seiner geringen Frustrationstoleranz leicht überfordern. Immer wieder braucht es Verschnaufpausen, in denen das Erreichte sich setzen kann. Eine verbale oder mimische ausgedrückte Weigerung des Patienten, eine Intervention aufzunehmen, sollte in jedem Fall respektiert werden, ohne dass der Therapeut sich deshalb vorschnell abweisen lässt. Manche wie Agieren anmutenden Verhaltensweisen, z.B. Schwänzen, Plaudern über Belanglosigkeiten können mitunter als Wunsch verstanden werden, im eben erreichten neuen Gleichgewicht auszuruhen (Rauchfleisch 1981, S.130ff).

5. Besprechung und Kritik

5.1 Zur Diagnostik und Psychodynamik

Es ist das Verdienst Rauchfleischs, die einschlägige Literatur zum Thema Antisozialität neu aufgearbeitet und zu einem klar umrissenen Syndrom geordnet zu haben. In der Aufteilung in neun Dimensionen wurden rein deskriptive, symptomatische Kriterien (Kontaktstörung, Frustrationsintoleranz, Depressivität, Chronizität, Realitätsbezug) gleichwertig neben psychodynamischen und ich-strukturellen Überlegungen (Desintegration der Persönlichkeit, Abwehrmechanismen, Überich-Störung) gestellt. Es fragt sich, ob eine Trennung von Phänomenologie und Psychodynamik nicht mehr diagnostische Klarheit schaffen würde. Phänomenologisch könnte eine Liste von psychiatrischen Symptomen, die das dissoziale Syndrom definieren und differential-diagnostisch gegenüber den andern Borderline-Störungen abzugrenzen vermag, ähnlich wie im DSM-III, aufgestellt werden. Daran anschliessend könnten die speziellen psychodynamischen Kriterien innerhalb der psychischen Struktur besprochen werden. Allerdings muss auch ein solches Ideal-Postulat der Kritik unterworfen werden. Es scheitert nicht zuletzt an der Tatsache, dass es keine einheitliche psychoanalytische Theorie gibt. Die Psychoanalyse präsentiert sich heute vielmehr als eine Art organisch gewachsenes Gewebe von psychologischen Beschreibungen und metapsychologischen Theorien, die sich zwar gegenseitig ergänzen, die aber unmöglich in ein stringente, axiomatische Logik gepackt werden können. Offenbar entspricht dies auch in gewisser Weise der menschlichen Psyche mit ihrer historischen und mehrschichtigen Organisation. Deshalb würde ein solche gereinigte, widerspruchsfreie Darstellung nur um den Preis einer grossen Verarmung zu machbar sein.

5.2 Zur Beschreibung der Pathogenese

In der Literatur der siebziger Jahre wurden die Ergebnisse von Mahler, Spitz und Bolwby in der Kinderbeobachtung ausgiebig diskutiert für die Ätiologie der frühen Störungen. Diese waren damals bei der Entstehung des Buches massgeblich. Jetzt, zwanzig Jahre später, lenkt sich das Interesse vermehrt auch auf die psychische Entwicklung in der Adoleszenz (Erdheim 1988), von der Rauchfleisch wenig berichtet. Es wird die Frage aufgeworfen, ob die Adoleszenz als erneute Triangulationssituation eine zweite Chance respektive ein zweites Risiko darstellt. Interessant wären auch Unterschiede auszumachen zwischen denjenigen Patienten, bei denen die

Symptomatik schon in der Kindheit aufgetreten ist und denjenigen, bei denen sie erst in der Adoleszenz zum Ausbruch kam. Im Zusammenhang mit der Adoleszenz tauchen Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Psychodynamik auf. Rauchfleisch erwähnt nichts über die Dynamik von dissozialen Frauen.

5.3 Zur Darstellung der therapeutischen Technik

Die Darstellung der Technik geschieht einerseits durch die theoretische Besprechung, anderseits in den reichhaltigen Fallbeispielen Rauchfleischs. In beiden wird die grosse Erfahrung des Autors deutlich und für den Praktiker finden sich vielfältige Anregungen. In der Besprechung der Phasen wird bezeichnenderweise der Therapieabschluss ausgelassen. Auch nicht erwähnt wird die Tatsache, dass eine ambulante Psychotherapie auch scheitern kann, und welche Massnahmen sich dann empfehlen. Dazu gehört auch das immer wiederkehrend Thema der Regressionen, vor allem der sogenannten bösartigen regressiven Spirale (Balint 1970).

Ideologiekritisch fällt der, den ich-psychologischen Ansätzen eigene, blinde Fleck im Bezug auf die Gesellschaft auf. Etwas unkritisch wird beispielsweise (S.189) gefordert, dass der Patient ein Teil der autodestruktiven Energie dazu einsetze, die Normen der Gesellschaft zu konsolidieren. Die Frage ist schon welche Normen in einer pluralistischen Gesellschaft und ob das überhaupt wünschenswert sei. Daneben wäre zu erwähnen, dass die beschriebenen Patienten als Kriminelle oft kleine Fische sind, während antisoziale "white collar criminals" ungehindert in der Gesellschaft agieren können und nicht im Traum daran denken, eine Psychotherapie zu machen.

III.METHODE

1. Aufgabenstellung

1.1 Therapeutische Erfahrungen erforschen

Erstes Ziel der Arbeit war, die Behandlungen und Psychopathologie von delinquenten Süchtigen phänomenologisch zu erforschen. In der Jugend- und Drogenberatungsstelle Drop-In des Sozialpsychiatrischen Dienstes Zürich hat sich, getragen durch die langjährige Tätigkeit vieler Mitarbeiter, ein umfassendes Wissen über die psychoanalytisch orientierte Behandlung von Süchtigen, Delinquenten und andern gesellschaftlich randständigen jungen Leuten angesammelt. Meine Arbeit stellt einen Versuch dar, diese Erfahrungen auf quantitative und qualitative Weise zu erfassen und darstellen. Dazu gehören einerseits psychodynamische Aspekte der Patienten, wie der Therapeut sie im Laufe der mehrjährigen Behandlung durch die Erzählungen und die Übertragung des Patienten kennenlernt; anderseits eine Beschreibung der typischen Umstände und Verläufe (wenn es solche gibt) solcher Behandlungen. Weiter sollen Erfolgchancen und die Grenzen der Machbarkeit solcher Therapien ausgelotet werden, und die dazu notwendigen Techniken und Parameter. Als Zielpublikum, das sich für eine solche Untersuchung interessieren dürfte, stelle ich mir Therapeuten in der Sozialpsychiatrie oder der Drogenarbeit, sowie Analytiker in eigener Praxis vor.

1.2 Neue Methodenkombination erproben

Ein zweites Ziel bestand in der Erprobung einer Kombination von empirisch-statistischen mit hermeneutischen Methoden. Beim persönlichen Wissen eines Therapeuten über psychotherapeutische Techniken handelt es sich um besonders komplexe Daten. Die Theorien der psychotherapeutischen Technik, wie sie heute formuliert sind, stammen fast ausschliesslich (mit Ausnahme der Verhaltenstherapie) aus einem hermeneutischen Zusammenhang. Psychoanalytische Forschung ist rein qualitativ; ein einzelner Therapeut kann nur wenige Fälle behandeln. Die meisten Arbeiten werden retrospektiv verfasst, Reproduzierbarkeit ist dabei ausgeschlossen. Wissenschaftstheoretisch gilt die Metapsychologie, wie ihre Bezeichnung schon impliziert, nicht als Theorie sondern als Metatheorie, da jeder Mensch wegen seiner Komplexität als ein eigenes, quasi in sich geschlossenes Forschungsgebiet anzusehen ist (Habermas 1968).

Bei diesen nachträglichen Berichten über Behandlungen durch den Analytiker ist nicht mehr zu unterscheiden, inwiefern die Persönlichkeit des Therapeuten seine Sicht der Psychodynamik des Patienten beeinflusst hat, oder inwieweit die unbewusste oder bewusste Auswahl von Patienten die Theorienbildung des Therapeuten beeinflusst hat. Ein streng empirisches Vorgehen zur Erforschung von Therapien dagegen liefert zwar objektiv validierbare Daten, wobei diese aufgrund der Verständnislücken viel weniger tiefgreifend geordnet werden und gerade für die verstehende Psychotherapie teilweise weniger Relevanz besitzen.

Daher tauchte in dieser Arbeit die Notwendigkeit auf, die beiden Methoden auf eine bestimmte Art zu kombinieren. Sie hat empirisch durch systematische Befragung von Therapeuten eine Typologie eruiert, und deren Bedeutung im angewandten Therapieprozess studiert. Mit Hilfe von standardisierten Items wurden die Erfahrungen von Therapeuten, die in einem hermeneutisch deutenden Prozess mit ihren Patienten arbeiten, erfasst und statistisch ausgewertet. Die Gefahr eines solchen Vorgehens besteht darin, dass die Untersuchung letztlich weder Fisch noch Vogel ist, und sowohl von empirischer als auch von hermeneutischer Seite nicht alle Ansprüche an die, jeweils als korrekt definierte Methode befriedigt werden können. Die Empiriker könnten mir vorwerfen, dass es sich bis auf ein paar wenige Eckpfeiler um zu "weiche" Daten handelt, die schwerlich reproduziert werden könnten. Die Hermeneuten umgekehrt könnten unzufrieden sein, dass die Arbeit nicht den ihnen vertrauten Tiefgang der Interpretation vorweisen kann und z.B. zentrale Themen wie unbewusste Phantasien und Konflikte solcher Patienten weitgehend unbearbeitet bleiben müssen, zugunsten von Phänomenologie und Technik. Im schlimmsten Fall wären am Schluss weder harte Fakten noch brauchbare Interpretationen vorhanden, bloss ein Berg unverwertbarer Daten. Diese Skepsis ist der amerikanischen Psychiatrie fremd; sie arbeitet schon länger mit pragmatischen, phänomenologischen Ansätzen. Nicht zuletzt ist das DSM-III Diagnosesystem in den Siebziger Jahren von der American Psychiatric Association entwickelt und in einer 2-Jahres Studie an 12'667 Patienten und 550 Klinikern gründlich untersucht und anschliessend nochmals überarbeitet worden. Die beteiligten Arbeitsgruppen rekrutierten sich aus den verschiedensten Zweigen der Psychiatrie und Psychologie. Sie bemühten sich um eine möglichst vorurteilsfreie und präzise Abgrenzung aller psychiatrisch relevanten und als unterscheidbar angesehenen Syndrome. Die Autoren betonen, sie hätten sich nicht an den Anschauungen einzelner psychotherapeutischer Schulen orientiert, damit das System für alle Forschungsvorhaben tauglich würde. Trotzdem ist natürlich im Vergleich zum ICD-System festzustellen, dass viele neuere

Konzepte, die sich als relevant für die Psychotherapie erwiesen haben, einbezogen wurden (z.B. die Borderlinestörung). Dies ist wahrscheinlich auf die intensive Auseinandersetzung der amerikanischen Psychiatrie mit der Psychoanalyse zurückzuführen.

1.3 Standort innerhalb der Psychotherapieforschung

In den USA wurden eine ganze Reihe von empirischen Untersuchungen gemacht über die Psychopathologie von Süchtigen (Kosten et al. 1986, 1987, Ross et al 1988, Rounsaville 1982, 1986, 1987) und den dazu entsprechenden Therapieprognosen. Meistens wurden entweder bestehende Fragebögen beispielsweise Operationalisierungen von DSM-III wie NIHM-DIS verwendet oder das klinische Urteil von Assistenzärzten oder Psychologen. Einerseits ist es schade, wenn eine Untersuchung nicht kompatibel ist mit diesen Studien und mit den gleichen Diagnoseinstrumenten durchgeführt wurde, andererseits ist es für den Erkenntnisgewinn auch sehr dienlich, wenn sich ähnliche Resultate ergeben, trotz verschiedener Instrumente. Damit kann nämlich ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse nur wegen Artefakten der Untersuchungsinstrumente entstehen. Etwa könnte das Ergebnis von Rounsaville et al (1986 S.739 ff), dass für die Prognose von Heroinsüchtigen weniger die Art als vielmehr die Schwere der Störung ausschlaggebend ist, theoretisch auch zustande kommen, wenn DSM-III zuwenig zwischen den einzelnen Störungen differenzierte oder zu "breite" Kategorien gewählt hätte.

Die Praxis psychotherapeutischer Techniken wurde hingegen kaum je zum Thema der Psychotherapieforschung gemacht. Vielmehr werden ausschliesslich hermeneutische Artikel oder idealistische Behandlungsrichtlinien präsentiert. Etwa formulierten Kaufman und Reoux (1988 S.199 ff) in ihren "Guidelines for the Successful Psychotherapy of Substance Abusers" drei Stufen der ambulanten Behandlung von Süchtigen: erstens müsse die Abstinenz gewährleistet werden, zweitens eine die Abstinenz stützende Phase, drittens eine aufdeckende, deutende Phase. Leider geht der Autor kaum auf die Tatsache ein, dass viele Behandlungen gar nicht aus der Phase 1 herauskommen und wie man damit umgeht.

2. Vorgehen

2.1 Herleitung des Fragebogens

Theoretischer Hintergrund der Arbeit bildet die Abhandlung von Rauchfleisch (1981), die eine moderne psychoanalytische

Darstellung des dissozialen Syndroms und seiner Behandlung auf der Basis der Borderline- und Narzissmustheorien konzipiert. Die Operationalisierung der Psychodynamik und der Behandlungsmethode erwies sich als kompliziert und erhebt auch keinen Anspruch auf Vollständigkeit, obwohl sie sehr umfangreich geraten ist. Im ersten Teil des Fragebogens wurden einfache soziodemographische Merkmale und anamnestiche Variablen sowie delinquente und deviante Verhaltensweisen des Patienten erhoben. Der zweite Teil umfasste die psychiatrisch-medizinische Kategorisierung der Symptomatik und die Psychodynamik. Die Psychodynamik wurde anhand der neun symptomatischen und psychodynamischen Dimensionen Rauchfleisches operationalisiert. Der dritte Teil der Befragung erfasst die Behandlung. Dazu gehören Motivation, Setting, Übertragung und Widerstand und zuletzt verschiedene Erfolgskriterien. Dazu muss noch angemerkt werden, dass die Therapeuten über ihre Patienten befragt wurden und nicht etwa die Patienten selber.

Die Reliabilität¹ für verschiedene klinische Beobachter des so entstandenen Fragebogens wurde annäherungsweise bestimmt. Dazu hatten drei der beteiligten Therapeuten (Th 3, Th 4 & Th 6) einen wichtigen Teil des Fragebogens für alle diejenigen Patienten, die sie gut genug kannten, die sie aber nicht persönlich behandelt hatten, ausgefüllt. Wegen der täglichen Methadonabgabe, Ferienvertretungen oder Medikamentenverschreibungen sind viele Patienten auch andern als ihren eigenen Therapeuten etwas bekannt. Von allen drei Therapeuten wurden die 9 Fragen zur quantitativen Ausprägung der psychodynamischen Kriterien ausgefüllt (d.h. "Frustrationstoleranz", "Beziehungsfähigkeit", "Realitätsprüfung", "Depressivität", "narzisstische Störung", "Überichstruktur", "Abwehrmechanismen", "Desintegrationstendenz" & "Triebstruktur"). Die Ausprägung der Variablen wurde auf einer ordinalen Skala von 0 bis 2 gemessen, wobei "0"="wenig gestört", "1"="mittel gestört" und "2"="schwer gestört" bedeutete². Diese neun Variablen dienten später als Basis für die Clusteranalyse, bildeten somit eine Grundlage der Untersuchung. Der Vergleich zwischen dem behandelnden Therapeuten des Patienten und dem "Fremd-Rater" konnte entweder eine Differenz von 0 Punkten, d.h. Übereinstimmung, eine Differenz von 1 Punkt oder eine totale Divergenz der beiden Urteile d.h. eine Differenz von 2 Punkten ergeben. Insgesamt wurden 54 Vergleichsurteile (Therapeut versus Fremd-

¹In der Test-Theorie würde man von Objektivität nicht von Reliabilität sprechen. Die Nomenklatur ist hierzu nicht einheitlich.

²Vergleiche Fragebogen im Anhang Seite 205

Rater) von 32 mehrfach bekannten Patienten für die Berechnung verwendet.

Tab.5: Interrater-Reliabilität

Kategorie	Diff=0 P	Diff=1 P	Spearman-Korr
1.Frustra.	44%	48%	-0.01 bis 0.47
2.Beziehu.	52%	48%	0.17 bis 0.33
3.Realitä.	50%	48%	0.31 bis 0.70
4.Depress.	56%	44%	0.46 bis 0.62
5.Narziss.	61%	37%	0.51 bis 0.56
6.Überich.	54%	44%	-0.10 bis 0.45
7.Abwehrm.	70%	22%	0.29 bis 0.70
8.Desinte.	56%	35%	0.33 bis 0.51
9.Triebst.	52%	46%	0.39 bis 0.51

Ein übereinstimmendes Urteil (Diff=0 P) wurde in minimal 44% und maximal 70% der Urteile in der betreffenden Kategorie erreicht. Eine Abweichung um 1 Punkt (Diff=1 P) wurde in 22% bis 48% der Fälle erreicht. Die totale Divergenz der Urteile um 2 Punkte trat selten auf, nämlich maximal in 9% der Fälle bei der Kategorie "Desintegrationstendenz" und minimal in 0% der Fälle bei den Kategorien "Beziehungsfähigkeit" und "Depressivität". Als Mass für die Korrelation der beiden Urteile wurde die Rangkorrelation nach Spearman (r) berechnet. Die besten Übereinstimmungen ($r=0.33$ bis $r=0.70$) zwischen "Fremd-Rater" und Therapeut erreichte die Therapeutin Th 4, die auch schon am längsten (ca. 8 Jahre) im Drop-in tätig war. Die beiden Therapeuten Th 6 und Th 3 (=Autorin), die zwischen 2 und 4 Jahren im Drop-in tätig waren, hatten in je einer Kategorie eine Null-Korrelation, in den andern Kategorien Korrelationen von $r=0.17$ bis $r=0.62$. Für die Abweichungen in den Beurteilungen ist zu berücksichtigen, dass der "Fremd-Rater" viel weniger vertraut war mit dem Patienten als der richtige Therapeut.

2.2 Definition von Delinquenz

Die Definition von Delinquenz als Basis der Operationalisierung musste notwendigerweise ausserhalb psychologischer Begriffe stehen, damit keine zirkuläre Beweisführung entstand. Am naheliegendsten war daher die juristische Interpretation von Delinquenz. Dabei mussten die Probanden gewisse Kerndelikte, die im engeren Sinn zur Kriminalität gehören, begangen haben; das sind insbesondere Eigentumsdelikte, Drogenhandel und leichtere Gewaltdelikte,

damit sie zur Stichprobe gezählt werden konnten. Sogenannt "opferlose" Delikte (Suizid, Prostitution, Drogenkonsum, Glücksspiel), Persionen, bei denen der Täter nur sich selber schadet sowie Abtreibung, Verkehrsdelikte und reine Sekundärkriminalität bei Drogensüchtigen sollten hingegen nicht allein für die Zugehörigkeit unserer Probandengruppe genügen, da deren Interpretation als rechtswidrige Handlungen international sehr uneinheitlich ist. Weiter sollten die Delikte auch nicht allzu schwerwiegend sein, damit die Kriminalität vergleichbar ist. Ausgeschlossen von der Stichprobe wurden also Probanden, die ein- oder mehrere Male schwere Gewaltdelikte wie Tötung oder Notzucht begangen hatten.

Auch die Motivation für die deliktischen Handlungen spielt für eine psychologische Untersuchung eine Rolle. Straftaten können als Folge einer existentiellen Notsituation, aus dem Drang eines Süchtigen, sich teure Drogen zu beschaffen oder auch im Zusammenhang mit einer sexuellen Perversion des Täters zustande kommen. Alle diese Gründe sollen aber für die Zugehörigkeit zu dieser Stichprobe nicht allein ausschlaggebend sein. Probanden dieser Stichprobe sollten alle eine intrinsische Motivation für die Delinquenz, beispielsweise den Wunsch nach Bereicherung oder das Ausleben von ungezügelter Aggression, besitzen.

Def: Delinquenz für die vorliegende Untersuchung

Ein Proband gehörte dann zu unserer Gruppe, wenn er mindestens eines der im folgenden spezifizierten Delikte mehrmals begangen hatte:

Definition Delikte

1. Eigentumsdelikte (Diebstahl, Einbruch, Hehlerei, Betrug, Fälschung, Zechprellerei, Sachbeschädigung, andere Eigentumsdelikte).
2. Gewaltdelikte (Raub, leichte Körperverletzung, Raufhandel, Tötlichkeiten, Brandstiftung, Anstiftung zum Suizid, unterlassene Hilfeleistung, fahrlässige Tötung, andere "leichtere" Gewalttaten).
3. Sittlichkeitsdelikte (Zuhälterei, Kuppelei).
4. Dealen (Handel mit weichen oder harten Drogen, Haschisch, Heroin, Kokain).

3. Datenerhebung

3.1 Auswahl der Probanden

Die Befragung über Therapien mit Delinquenten erstreckte sich über 8 Therapeuten in der Jugend- und Drogenberatungsstelle Drop-In. Davon waren 2 Ärzte, 3 Psychologen, 1 Sozialarbeiterin und 2 diplomierte Psychiatriepfleger. Alle hatten eine psychoanalytische Arbeitsweise und Ausbildung, d.h. sie hatten sich selber einer Freud'schen Analyse unterzogen, befanden sich bei Freud'schen Analytikern in Supervision über die genannten Fälle und studierten regelmässig die betreffende Fachliteratur. Daneben waren alle Therapeuten auch in team-internen Supervisions-Gruppen aktiv, die sich ebenfalls vornehmlich an der psychoanalytischen Methode orientieren. Fast alle Therapeuten (bis auf 2) waren Teilnehmer an einem der beiden psychoanalytischen Seminare in Zürich.

Das Patientengut des Drop-In allgemein rekrutiert sich in den letzten Jahren zumeist aus Personen, die sich rund um oder in der Zürcher Drogenszene bewegen. Jeder Mitarbeiter der Beratungsstelle schreibt Erstgesprächstermine ins Anmeldebuch, die den Ratsuchenden am Telefon angeboten werden. Die Auswahl von Personen, die ein Mitarbeiter in den Erstberatungen antrifft, ist somit relativ zufällig. Nach dem Erstgespräch kann der Mitarbeiter sich für eine längere Behandlung mit dem Patienten entscheiden oder diesen an andere Institutionen oder Drop-In Kollegen weitervermitteln. Zu Anfang seiner Tätigkeit nehmen die meisten neuen Mitarbeiter alle Patienten, die einer ambulanten Behandlung bedürfen, in Therapie. Später, wenn man schon eine volle Sprechstunde hat, geschieht eine Selektion, indem man oft nur Personen neu aufnimmt, von denen man sich besonders angesprochen fühlt oder die einen interessieren.

Damit Repräsentativität in der Auswahl der Probanden gewährleistet war, fertigte jeder Therapeut eine vollständige Liste aller Patienten, die er in den letzten fünf Jahren behandelt hatte, an. Erst dann wurde eruiert, ob eine markante delinquente Symptomatik beim jeweiligen Patienten aufgetreten war oder nicht. Aus dem gesamten Pool von 80 längerfristig (mehr als 18 Monate) behandelten Patienten qualifizierten dann 40 als delinquente Probanden. Unter den 80 Patienten, die schon mehr als 18 Monate behandelt wurden, waren 42.5% Frauen, von den 40 delinquenten Probanden waren es noch mehr, nämlich 52.5%. Unter den 46 Männern der langzeitbehandelten Patienten, waren 2 Patienten (2.5%) zwar delinquent, aber deren Delikte (1 Patient: sehr schweres Delikt, 1 Patient:

perversionsbedingte Delikte) passten nicht in diese Untersuchung.

Diejenigen Mitarbeiter (Th1, Th2, Th4, Th7), die schon lange (5-10 Jahre) im Drop-in tätig waren, hatten verhältnismässig sehr viel weniger (ca. 20-55%) delinquente Patienten in Behandlung als diejenigen (Th3, Th5, Th6, Th8), die erst seit 2-3 Jahren hier arbeiteten (ca. 70-100%). Zu diesem Umstand ergeben sich zwei mögliche Interpretationen. Entweder hat sich die Klientel des Drop-In verändert und die Fixer wurden im Laufe der Jahre vermehrt delinquent oder viele Therapeuten tendieren mit der Zeit dazu, vermehrt weniger schwer gestörte oder sozial unauffälligere Patienten zu sich in Therapie zu nehmen.

Tab.6: Verteilung der Probanden und Therapeuten

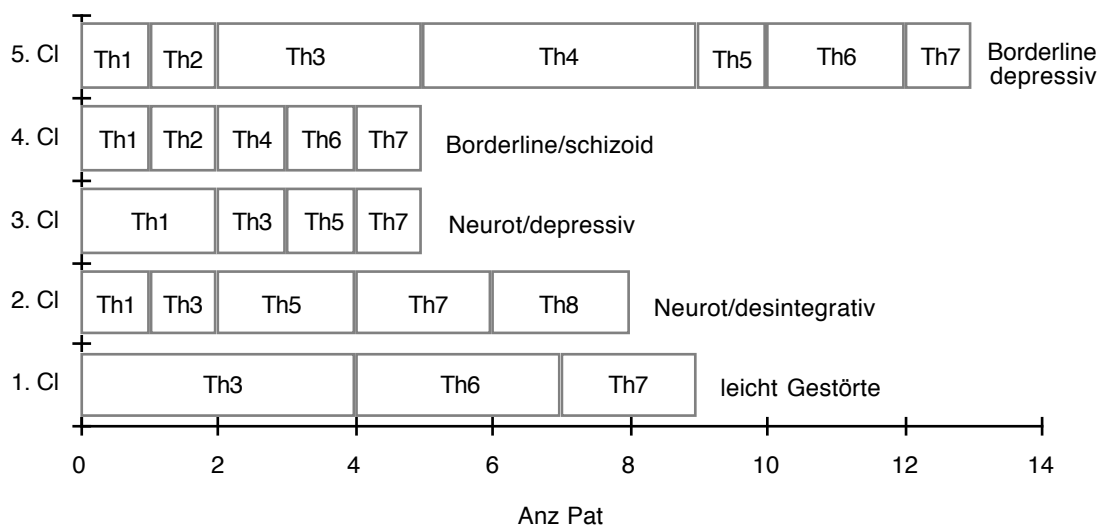
Therapeut	N Pat	Arbeitszeit	N/10% Arbeitszeit
Nr.100	5	80%	0.62
Nr.200	2	80%	0.25
Nr.300 (Autorin)	9	100%	0.90
Nr.400	5	60%	0.83
Nr.500	4	80%	0.50
Nr.600	6	80%	0.75
Nr.700	7	60%	1.17
Nr.800	2	80%	0.25
Total	40 Patienten	8 Therapeuten	

3.2 Vorgehen bei der Befragung

Die Therapeuten wurden von der Autorin zu jedem Patienten anhand des Fragebogens in einem sogenannt halbstrukturierten Interview befragt. Zu jedem einzelnen Patienten fand ein ausführliches Gespräch statt über dessen Persönlichkeit, Psychodynamik und Behandlung. Dazu kommt, dass fast alle Probanden (92.5%) der Autorin auch persönlich bekannt waren, so dass über jeden Probanden eine fachliche Diskussion geführt wurde, die als Basis für das Ausfüllen der Fragebögen diente. Als Rahmen für die mehr interpretativen Daten der Psychodynamik und Übertragung diente daneben ein gewisses Fundament an harten Daten über die betreffenden Behandlungen aus der Krankengeschichte. Diese umfassten das Setting der Therapien, Urinkontrollen, berufliche Stellung des Patienten am Anfang und Schluss des Behandlungszeitraumes, ev. vorhandene Gerichtsakten oder Gutachten.

Die Auswertung psychodynamischer Überlegungen von mehreren Therapeuten warf die Problematik auf, inwiefern die Sicht des Patienten beeinflusst war durch die Persönlichkeit und die theoretischen Konzepte des jeweiligen Therapeuten. Im schlimmsten Fall wäre dieser Einfluss so gross gewesen, dass die Persönlichkeit des Patienten ganz dahinter verschwunden wäre. Die gefundene nosologische Unterteilung wäre einzig in die Kategorien der einzelnen therapeutischen Persönlichkeiten zerfallen. Deshalb wurde die durch die Clusteranalyse gefundene Einteilung in fünf diagnostische Einheiten auch auf das Zusammentreffen mit den behandelnden Mitarbeitern untersucht.

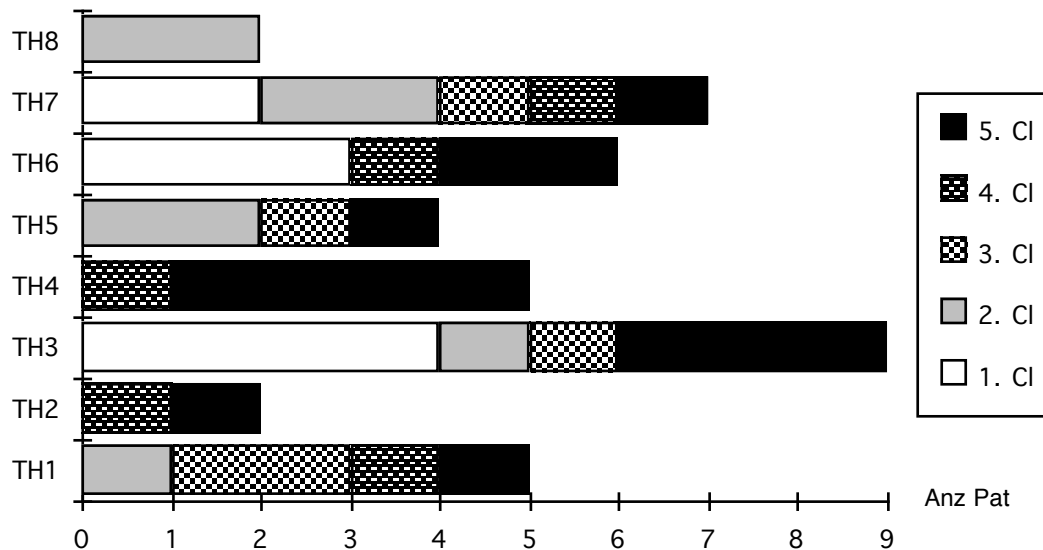
Abb. 1 Verteilung der Therapeuten auf Cluster



Aus diesem Diagramm wird jedoch deutlich, dass sich die einzelnen Cluster immer aus Patienten verschiedener Therapeuten zusammensetzten. Somit kann die Clustereinteilung kaum bloss die Persönlichkeit der Behandelnden widerspiegeln.

Der umgekehrte Zusammenhang, ob nämlich einzelne Therapeuten Vorlieben oder besondere Sichtweisen für Patienten hegen, wurde im nächsten Diagramm untersucht. Hier sieht man, dass drei Therapeuten (Th3, Th6 & Th7), eine Reihe von Patienten behandeln, die sie in vielerlei Hinsicht als nur leicht gestört (1. Cluster) einstufen. Die andern fünf Therapeuten empfanden alle ihre Patienten offenbar in mehr Dimensionen als schwerer gestört, sodass sie nicht ins 1. Cluster fielen.

Abb. 2 Verteilung der Cluster auf Therapeuten



Ein Therapeut (Th 4) beurteilte seine Patienten fast durchwegs als schwerst gestört. Nebst den persönlichen theoretischen Konzepten, welche die Sichtweise eines Patienten beeinflussen, könnte ursächlich für das Phänomen sein, dass jeder Therapeut eine für ihn typische Auswahl von Patienten trifft, mit denen er arbeiten will. Sicherlich spiegeln sich auch die Wahrnehmung der eigenen Person und die Distanz, die ein Therapeut zu den Patienten empfindet, in einer solchen Beurteilung wieder. Solche Faktoren werfen natürlich auch Fragen auf bei der Lektüre anderer psychoanalytischer Literatur.

4. Clusteranalyse der Probanden

4.1 Vorgehen bei der statistischen Auswertung

Die statistische Auswertung umfasste einerseits zum grossen Teil beschreibende Methoden: Auszählung der Häufigkeiten und Kreuztabellen. Da diese Methoden allgemein bekannt sind, soll hier nicht näher darauf eingegangen werden. In einem zweiten Schritt wurden die Daten einem clusteranalytischen Q-Verfahren unterzogen, welches unter den Patienten Gruppen je nach Ähnlichkeit bildete.

4.2 Variablen und Probanden

Als Basis für eine diagnostische Fein-Einteilung unserer Patienten wurden die neun Dimensionen ("Frustrationstoleranz",

"Beziehungsfähigkeit", "Realitätsprüfung", "Depressivität", "narzisstische Störung", "Überich-Struktur", "Abwehrmechanismen", "Desintegrationstendenz" & "Triebstruktur") verwendet¹. Sie sind in der nachfolgenden Darstellung (Abb.3, S.68) in der Senkrechten aufgeführt. Um damit rechnen zu können, wurde die Annahme getroffen, diese Variablen seien linear unabhängig und intervallskaliert. Das Ausmass der Störung in den einzelnen Variablen wurde von den Mitarbeitern global auf einer 0-2 Skala geschätzt. "0=unauffällig" bedeutete dabei keine Auffälligkeiten, keine regelmässig wiederkehrenden Symptome in diesem Bereich. Wenn eine Null notiert war, so wurde das betreffende Feld ganz leer gelassen von mir, damit die Darstellung übersichtlicher wirkt. "1=mittel gestört" bedeutete eine deutliche symptomatische Beeinträchtigung, die im Verhalten des Patienten immer wieder Nachteile mit sich bringt, ohne dass aber bleibende Schäden hinterlassen würden dadurch. "2=schwer gestört" bedeutete, dass sich der Patient durch seine Symptomatik sozial oder gesundheitlich immer wieder stark gefährdet oder auch längerdauernde Schäden entstanden sind. "Code" bezeichnet die Probanden-Nummer des jeweiligen Patienten. In dieser Abbildung (Abb.3, S.68), die dann auch den ganzen Verlauf der nachfolgenden Clustereinteilung nach-vollzieht, sieht man in der ersten Kolonne die Tabelle aller Patienten und Variablen. Sie wurde zwecks Übersicht von Auge nach Schwere der Störung geordnet nach der von Bertin (1982) entwickelten Heuristik. Man sieht daraus, dass die Probanden sich in einem Kontinuum der Variablen bewegen und dass das mathematische Verfahren zur Datenreduktion dem wird Rechnung tragen müssen. In der mittleren Kolonne steht die hierarchische Einteilung der Probanden nach dem 1. Clusterverfahren ("complete Linkage") und in der rechten Kolonne ist die endgültige Gruppierung der Patienten nach dem 2. optimierenden Clusterverfahren ("k-means"). Die so entstandenen 5 verschiedenen Cluster wurden mit "C1" angeschrieben.

¹Vergleiche Fragebogen im Anhang Seite 205.

Abb.3: Gruppierungen der Probanden (Stichprobe n=40)

0. Ordnung von Hand										1. Hierarchisches Clustering										2. Optimierendes Clustering												
(System Bertin)										(Complete Linkage)										(K-Means/mit MW von Comp Link)												
	F	B	R	D	N	Ü	A	D	T		F	B	R	D	N	Ü	A	D	T		F	B	R	D	N	Ü	A	D	T			
Code	t	e	i	e	i	i	h	n	b	Cl	Code	t	e	i	e	i	i	h	n	b	Cl	Code	t	e	i	e	i	i	h	n	b	
305					1	1				1	302	1	1		1						1	302	1	1		1						
306					1	1					305					1	1					305					1	1				
604		1			1						306					1	1					306					1	1				
302	1	1		1		1					308		1			1	1	1	1			308		1			1	1	1	1		
601	1	1	1				1	1			601	1	1	1			1	1				601	1	1	1			1	1			
308		1			1	1	1	1			604		1			1						604		1			1					
705		1			1	1	1		1		605	1	1	1			1	1				605	1	1	1			1	1			
605	1	1	1				1	1			705		1			1	1	1		1		705		1			1	1	1		1	
102				1	1	1	1	1	1																							
702	1	1	1	1	1			1	1		2	101	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	101	1	1	1	1	2	1	1	2	1
707		1	1		1	1	2	1	2			307	2	1		1	2	1	2	2	1	2	307	2	1		1	2	1	2	2	1
603	1	1	1		2	1	1		2			503	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	503	1	1	1	1	1	2	2	2	1
701	1	1		2	1	2	1		1			504	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	504	2	1	1	1	2	2	2	1	1
309		1	1	2	2	1	2	1				702	1	1	1	1	1		1	1		2	702	1	1	1	1	1		1	1	
703	2		1	1	1		2	2	1			703	2		1	1	1		2	2	1	2	703	2		1	1	1		2	2	1
101	1	1	1	1	2	1	1	2	1			704	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	704	1	1	1	1	1	1	2	2	1
104	1	1	1	2	1	2	1	1	1			801	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	801	2	1	1	1	2	2	2	2	1
704	1	1	1	1	1	1	2	2	1			802	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	802	1	2	1	1	2	1	2	2	1
503	1	1	1	1	1	2	2	2	1																							
201	2	2	1	2	2	1	1	1	1			102				1	1	1	1	1	1	2	102				1	1	1	1	1	1
303	1	1	2	2	2	1	2	1	1			104	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	104	1	1	1	2	1	2	1	1	1
307	2	1		1	2	1	2	2	1			303	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	303		1	1	2	2	1	2	1	
602	2	1	2	2	1	1	2	1	1			309		1	1	2	2	1	2	1		2	309			1	1	2	2	1		
802	1	2	1	1	2	1	2	2	1			501		2		2	2	1	2	2	1	2	501		2		2	2	1	2	2	1
606	2	1	2	1	1	2	2	1	1			701	1	1		2	1	2	1		1	2	701	1	1		2	1	2	1		1
504	2	1	1	1	2	2	2	1	1																							
403	2	2	1	2	2	1	1	1	2			103	1	2	2		2	2	2	2	2	2	103	1	2	2		2	2	2	2	2
501		2		2	2	1	2	2	1			202	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	202	1	2	2	1	2	2	2	2	2
801	2	1	1	1	2	2	2	2	1			405	2	2	1		2	2	2	2	2	2	405	2	2	1		2	2	2	2	2
304	2	1	2	2	2	1	1	1	2			603	1	1	1		2	1	1		2	2	603	1	1	1		2	1	1		2
301	1	1	1	2	2	2	2	2	2			707		1	1		1	1	2	1	2	2	707		1	1		1	1	2	1	2
105	2	2	1	2	2	2	2	2	1																							
103	1	2	2		2	2	2	2	2																							
405	2	2	1		2	2	2	2	2																							
202	1	2	2	1	2	2	2	2	2																							
502	2	2	1	2	2	2	2	2	1																							
401	2	2	2	2	2	2	1	2	2																							
706	2	1	2	2	2	2	2	2	2																							
402	2	2	2	2	2	2	2	2	2																							
404	2	2	2	2	2	2	2	2	2																							

Legende: ☐=0:=leicht gestört, 1:=mittel gestört, 2:=schwer gestört
 Code:= Probanden-Nummer, Cl:= Cluster-Nummer

4.3 Auswahl der Clusterverfahren

Für die Datenreduktion kommen grundsätzlich zwei Arten von Verfahren in Frage. Die einen bestehen in der Gruppierung (Clustering) von Merkmalen oder der Konstruktion von Persönlichkeitsvariablen mit Hilfe der Faktorenanalyse und werden als R-Verfahren bezeichnet. Die resultierenden Faktoren wirken allerdings sehr abstrakt und praxisfern, insbesondere als man sie natürlich nie isoliert oder eindeutig ausgeprägt an einem lebendigen Menschen beobachten kann. Viel zweckmässiger ist es, eine Gruppenbildung bei den Probanden vorzunehmen, ein sogenanntes Q-Verfahren. Die Gruppenbildung von Patienten gewährleistet weiterhin, dass in der Diskussion der Resultate mehr über tatsächliche Erfahrungen mit den Patienten und weniger über angelesene Theorien und Konzepte debattiert wird. Ein Nachteil bei der Clusterbildung von Probanden gegenüber der Aufteilung in überpersönliche Faktoren ergibt sich jedoch daraus, dass ein Patient gleichzeitig an verschiedenen Syndromen leiden kann. Deshalb könnten möglicherweise nicht nur scharf umrissene Gruppen entstehen, sondern es könnten Cluster gebildet werden mit fließenden Übergängen oder sogar Überlappungen dazwischen. Der Name "Clusteranalyse" stellt (wie "Faktorenanalyse") einen Sammelbegriff dar, unter dem sich eine Vielzahl verschiedenartiger Techniken verbirgt (vgl. Bortz 1985 S.684). Die Clusteranalyse ist, ähnlich wie die Faktorenanalyse, ein heuristisches Verfahren zur systematischen Klassifizierung der Objekte einer gegebenen Menge. Die Objekte werden nach Vorgabe eines Ähnlichkeitsmasses in Gruppen (Cluster) eingeteilt, die intern möglichst homogen und extern möglichst gut von einander separierbar sein sollen. Entscheidend für das Ergebnis einer Clusteranalyse ist die Definition der Ähnlichkeit von Objekten beziehungsweise Clustern und die Art des Optimierungskriteriums, mit dem man eine möglichst grosse Separierbarkeit der Cluster erzielen will. Bei der Auswahl des Ähnlichkeitsmasses sollte man darauf achten, dass das Niveau der Skalen (nominal, ordinal, intervall) so hoch wie möglich gewählt wird; und insofern die inhaltliche Fragestellung dies zulässt, einheitlich für alle Variablen ist. Als nächstes muss die Auswahlstrategie für die Gruppenzugehörigkeit der Objekte gewählt werden. Man unterscheidet zwischen hierarchischen Verfahren, die mit der feinsten Partitionierung der Objekte beginnen und nicht-hierarchischen Verfahren, die eine Startgruppierung vorgeben und dann diese Lösung sukzessive optimieren. Bei den hierarchischen Verfahren, die zur Bildung einer Anfangspartition geeignet sind, unterscheidet man: "single Linkage", "average Linkage", "complete Linkage". Für single Linkage nimmt immer den nächsten Nachbarn eines

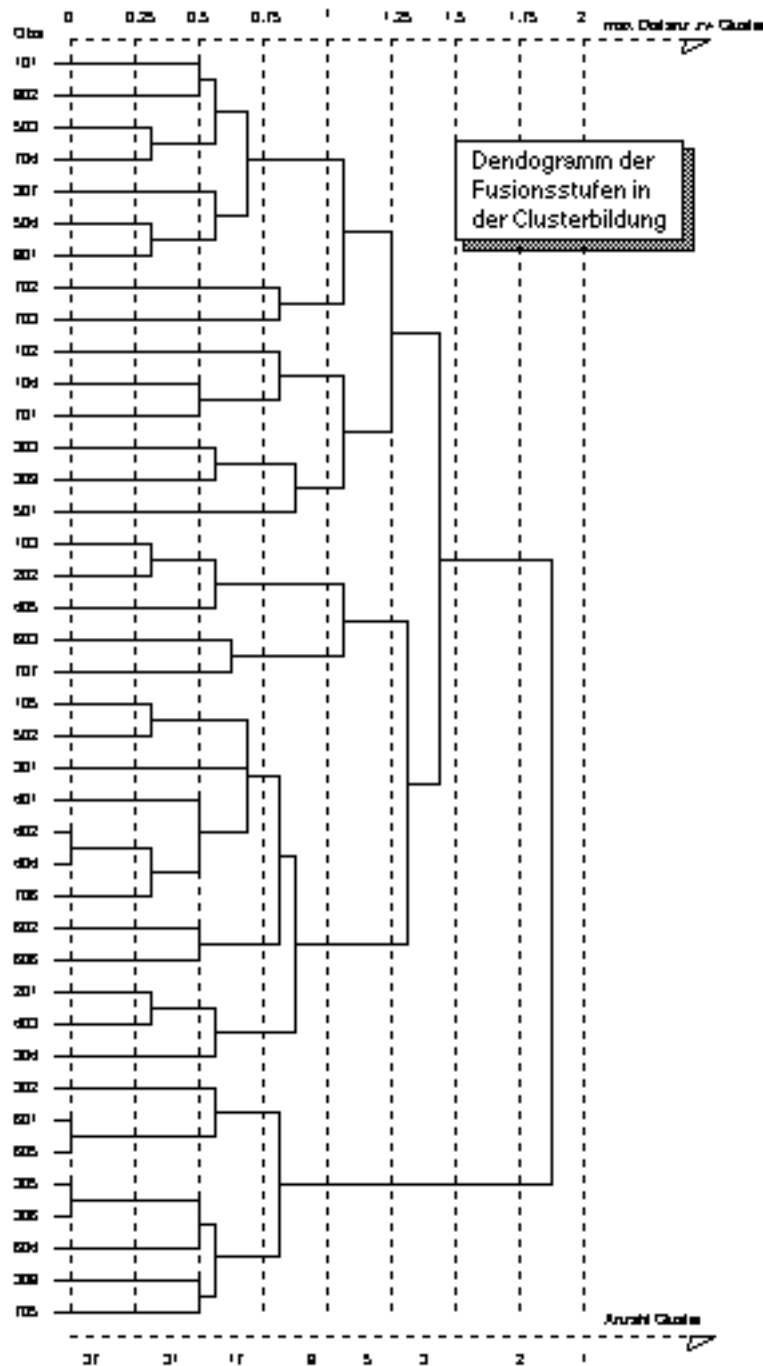
Clusters hinzu. Das Verfahren (auch Minimum-Methode genannt) liefert gegenseitig gut abgegrenzte Cluster, die aber oft länglich und bezüglich der Variabelausprägung inhomogen sind, und eignet sich daher weniger für psychiatrische Skalen. Im Gegensatz dazu berücksichtigt die complete Linkage (Maximum-Methode) alle Distanzmasse zwischen den Elementen und den schon gebildeten Clustern. Das Kriterium bestimmt auf jeder Fusionsstufe für alle Paare von Clustern die jeweils am weitesten entfernten Objekte ("furthest neighbour"). Es werden diejenigen Cluster fusioniert, bei denen diese Maximal-Distanz minimal ist. Dies führt dazu, dass die Cluster gegen innen sehr gut definiert und homogen sind, aber gegen aussen wenig abgegrenzt oder überlappend sein können. Für gleichmässig verteilte Daten kann das von Vorteil sein. Von der Form her gleichen die entstanden Cluster einem Kreis (resp. Kugel). Average Linkage bietet eine Lösung an, die zwischen den beiden vorher genannten liegt. Andere Verfahren berücksichtigen die Punktedichte im Phasenraum mit einem Wahrscheinlichkeitsmass (z.B. density Linkage). Dies eignet sich vor allem zum Entdecken von voneinander gut abgegrenzten aber innerlich wenig homogenen Clustern mit möglicherweise bizarren Formen (vgl. Bortz 1985 S.692 ff).

In der Praxis wird man versuchen, zuerst ein hierarchisches Verfahren einzusetzen und die so gefundene Lösung in einem zweiten Schritt zu optimieren. Für die Zwecke dieser Untersuchung kamen im ersten Schritt nur das "complete Linkage" Verfahren und das "average Linkage" Verfahren in Frage. Bei einem Testlauf lieferte die complete Linkage-Methode die besser interpretierbaren Resultate. Das folgende Baumdiagramm (Abb.4, S.71) zeigt den Vorgang der schrittweisen Zusammenlegung der Objekte zu Clustern und illustriert so die Methode. Anhand des Baumdiagramms kann man entscheiden, auf welcher Ebene man die Zusammenlegung der Elemente abbrechen sollte. Bei einer Maximaldistanz von $d \approx 1.1$ gibt es fünf Cluster, die sich dann bei einer Maximaldistanz von $d \approx 1.4$ zu drei Clustern fusionieren. Auf der Tabelle (Abb.3, S.68) sah man in der mittleren Kolonne diese erste Gruppierung der Probanden nach der "complete Linkage" Methode mit fünf Clustern. Im nächsten Schritt der Fusionierung würden die Cluster 2 und 3 zusammengelegt und gleichzeitig die Cluster 4 und 5.

Wenn man die so entstandenen Gruppierungen (Abb.3 S.68) genau ansieht, merkt man schon jetzt einige gut interpretierbare Regelmässigkeiten. Die Probanden von Cluster 1 sind offenbar nur wenig gestört. Dieses Cluster bildete sich übrigens mit allen andern auch ausprobierten hierarchischen Methoden (single, average & density Linkage), so dass es sich

um ein natürliches Cluster zu handeln scheint. Die Cluster 2 und 3 scheinen sich vor allem aus Patienten zusammenzusetzen, die so überall ein bisschen gestört sind und teilweise auch schwerere Ausfälle haben. Bei Cluster 3 ist die Depressivität deutlicher ausgeprägt als bei Cluster 2. Die beiden Cluster 4 und 5 enthalten vor allem Patienten, die in fast jeder Hinsicht schwerst gestört erscheinen, wobei wiederum das Kriterium der Depressivität über die feinere Partitionierung entschied. Bei Probanden von Cluster 4 fehlt auffallenderweise die Depressivität vollständig im Vergleich zu ihren ansonsten schwersten Ausfällen.

Abb.4: Baumdiagramm der Fusion zu Clustern mit der complete Linkage Methode (Stichprobe n=40)



Nach der hierarchischen Fusionsmethode wurden die so erhaltenen Cluster noch in einem zweiten Durchlauf mit einem optimierenden Kriterium (K-Means-Methode) verbessert. Der Schwerpunkt (=Mittelwert der Koordinaten aller Observationen, sogenanntes "Seed") von jedem Cluster der Anfangspartition wurde gesucht und alle Observationen daraufhin überprüft, ob die euklidische Distanz zum Zentrum eines andern Clusters kürzer sei als zum Schwerpunkt des ursprünglichen Clusters. In einem solchen Fall wurde die betreffende Observation neu dem

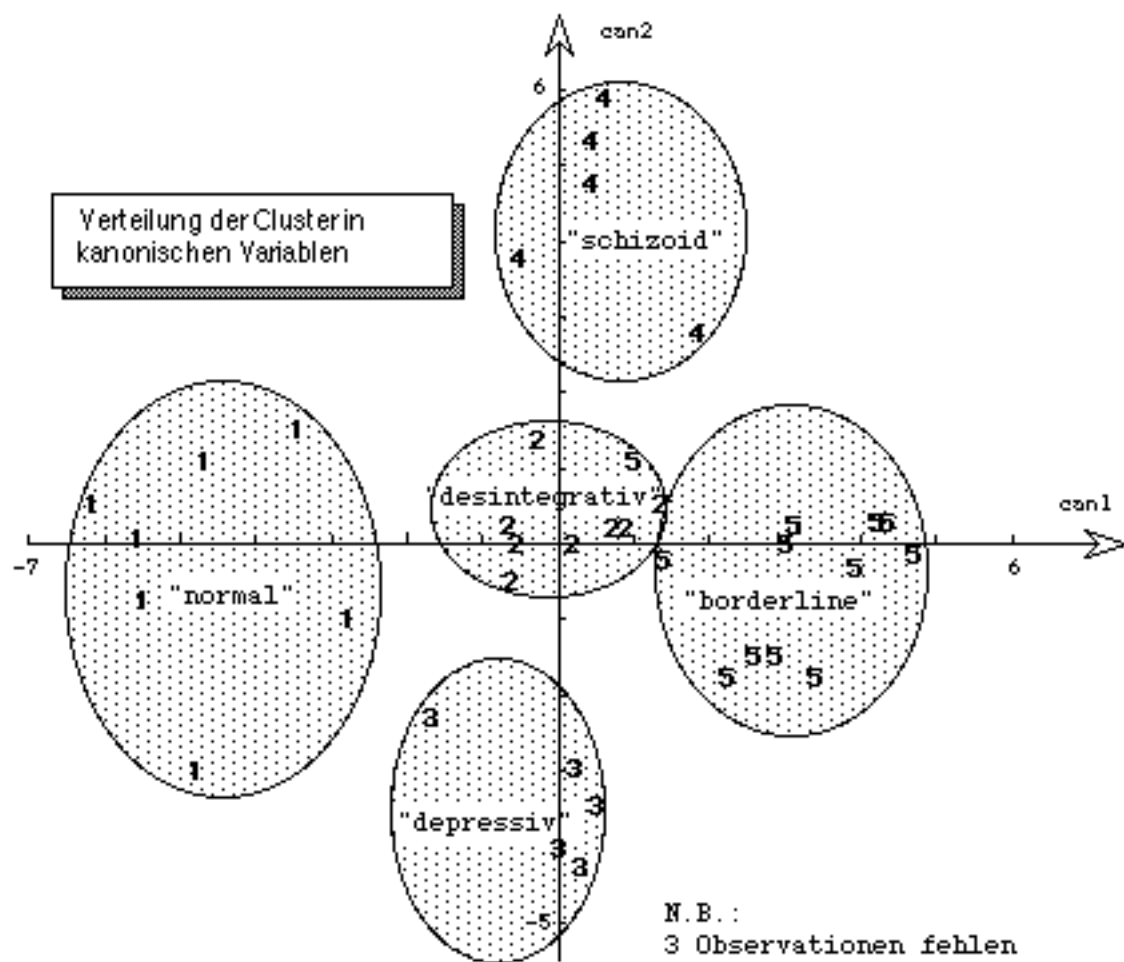
andern Cluster zugeordnet und ein neuer Durchlauf nach der selben Methode gestartet (vgl. Bortz 1985 S.702ff). Diese Methode konvergierte nach dem ersten Schritt, so dass man sagen kann, dass die endgültig gefundenen Cluster sich nicht überlappen. Insgesamt wurden zwei Observationen (702 & 303) in ein besser passendes Cluster transferiert (vgl. Abb.3 S.68 dritte Kolonne).

5. Veranschaulichung der gefundenen Cluster

5.1 Darstellung in kanonischen Variablen

Zur Veranschaulichung der fünf Cluster wurden sie in der Projektion auf die Hyperebene im Koordinatensystem der beiden ersten kanonischen Hauptachsen aufgezeichnet (vgl. Abb.5 S.73). Das Koordinatensystem der kanonischen Achsen ist eine Linearkombination von den ursprünglichen neun Variablen (Frustrationstoleranz etc.) die so gewählt ist, dass die Unterschiede zwischen den Clustern durch die ersten zwei resp. drei kanonischen Achsen besonders deutlich hervorgehoben werden (vgl. SAS user's guide statistics 1985 S.155ff). Für unsere Berechnungen haben die kanonischen Achsen ungefähr folgende Bedeutungen (Abb.5 S.73): die 1. Hauptachse (can 1) ist eine Raumdiagonale aller Variablen von "wenig gestört" (im negativen Teil) bis "schwerst gestört" (im positiven Teil), die also alle Variablen quasi addiert. Die zweite Achse (can 2) drückt vor allem die Variable "Depressivität" im Kontrast zu den andern Dimensionen aus (von relativ stark depressiv im Vergleich zu den andern Variablen im negativen Teil bis nicht depressiv im Vergleich zu den andern Variablen im positiven Teil).

Die konkreten Rechnungen dieser Analyse wurden mit dem "Statistical Analysis System" (SAS) Programmpaket durchgeführt. Zuerst wurde mit "proc cluster" und der Option "method=complete" die hierarchischen ersten Cluster bestimmt und mit "proc tree" sichtbar gemacht. Dann wurden mit "proc univariate" die Schwerpunkte der 5 Cluster gesucht und diese als "seeds" für die folgende optimierende Analyse mit "proc fastclus" genommen. Zuletzt wurde mit "proc candisc" die kanonischen Hauptachsen bestimmt und die Observationen im neuen Koordinatensystem mit "proc plot" aufgezeichnet.



5.2 Gruppe der leicht gestörten Patienten

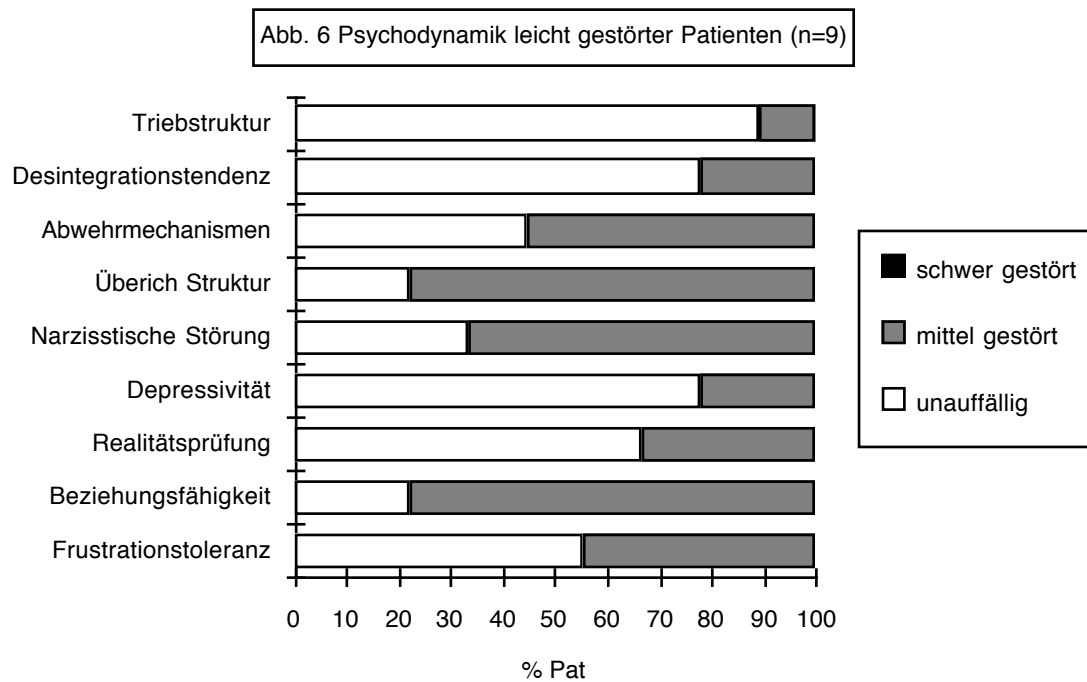
1. Cluster

	F	B	R	D	N	Ü	A	D	T
	r	e	e	e	a	b	b	e	r
	u	z	a	p	r	e	w	s	i
	s	i	l	r	z	r	e	i	e
Code	t	e	i	e	i	i	h	n	b

302	1	1		1		1			
305					1	1			
306					1	1			
308		1			1	1	1	1	
601	1	1	1			1	1		
604		1			1				
605	1	1	1			1	1		
702	1	1	1	1	1		1	1	
705		1			1	1	1		1

Bei der ersten Gruppe (9 Patienten=22.5%) fällt auf, dass sie keine Bereiche von schwer ausgeprägten Störungen haben. Diese Leute bewegen sich vermutlich (Vergleichszahlen fehlen) in einem Rahmen von normal-neurotischer Anpassung. Zu den Bereichen, die am häufigsten mittelschwer gestört sind gehört die Beziehungsfähigkeit (78%), die narzisstische Störung (67%), die Überich-Störung (67%) und eine Beeinträchtigung der Abwehrmechanismen (56%). In der Triebhaftigkeit und der Depressivität ist bei diesen Patienten kaum eine Symptomatik zu beobachten. Interessant ist, dass sich diese Gruppe mehr oder weniger durch alle Clusterverfahren, unabhängig von deren Eignung für diese Art von Variablen als natürliches Cluster herauskristallisiert hat.

¹Legende: ☐ =0:=leicht gestört, 1:=mittel gestört, 2:=schwer gestört
Code:= Probanden-Nummer, Cl:= Cluster-Nummer



5.3 Mittelschwer gestörte (neurotische) Patienten

Die mittleren beiden Gruppe (2 & 3) bestehen aus 13 Personen (32.5%), die eine neurotische Störung haben in fast jeder Dimension. Zusätzlich dazu haben sie in einzelnen Bereichen Ausfälle, die das neurotische Mass übersteigen und als schwer gestört gelten müssen.

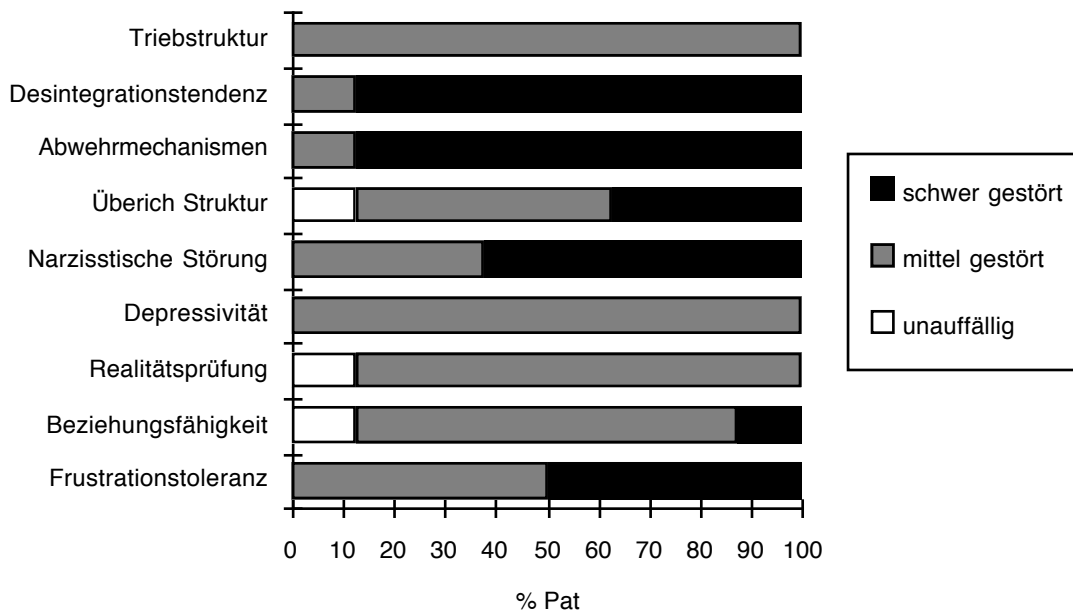
5.4 Neurotische Patienten mit Desintegrations-Neigung

2. Cluster

	F	B	R	D	N	Ü	A	D	T
	r	e	e	e	a	b	b	e	r
	u	z	a	p	r	e	w	s	i
	s	i	l	r	z	r	e	i	e
Code	t	e	i	e	i	i	h	n	b
101	1	1	1	1	2	1	1	2	1
307	2	1		1	2	1	2	2	1
503	1	1	1	1	1	2	2	2	1
504	2	1	1	1	2	2	2	1	1
703	2		1	1	1		2	2	1
704	1	1	1	1	1	1	2	2	1
801	2	1	1	1	2	2	2	2	1
802	1	2	1	1	2	1	2	2	1

Die zweite Gruppe der schweren Neurotiker (8 Patienten =20%) hat eine mittelschwer ausgeprägte Depressivität, eine mittelschwer gestörte Beziehungsfähigkeit, Triebhaftigkeit und Realitätsprüfung. Schwer gestört sind die Abwehrmechanismen und eine grosse Neigung zu psychotischen Dekompensationen (je 88%). Auch die Frustrationstoleranz, der Narzissmus und das Überich sind vielfach schwer gestört. Nach DSM-III würden sie vielfach schon für die Borderline-Störung qualifizieren.

Abb. 7 Psychodynamik neurotischer Patienten mit Desintegrationstendenz (n=8)



5.5 Neurotisch-depressive Patienten

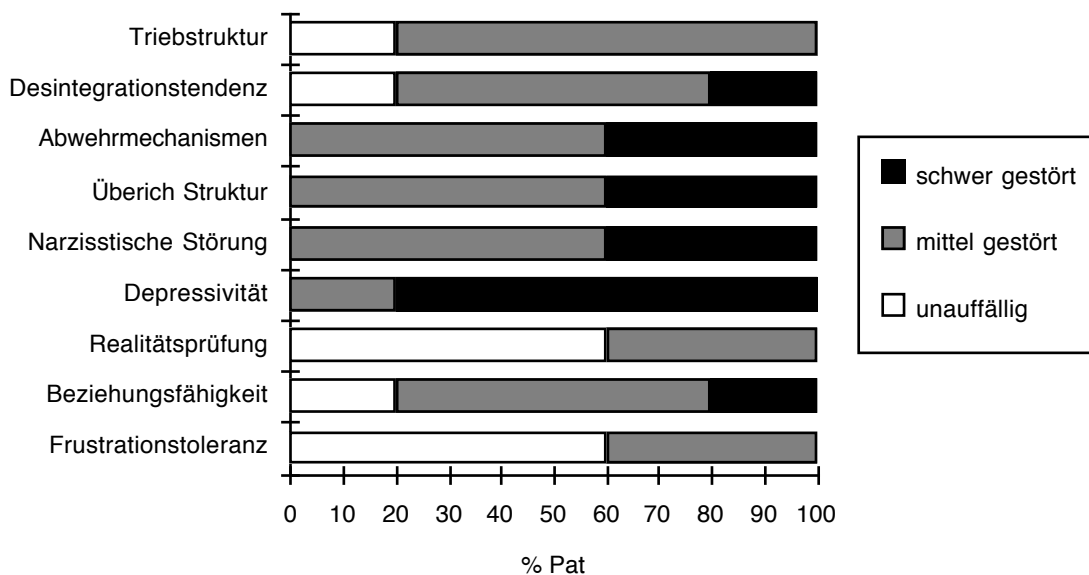
3. Cluster

	F	B	R	D	N	Ü	A	D	T
	r	e	e	e	a	b	b	e	r
	u	z	a	p	r	e	w	s	i
	s	i	l	r	z	r	e	i	e
Code	t	e	i	e	i	i	h	n	b
102				1	1	1	1	1	1
104	1	1	1	2	1	2	1	1	1
309		1	1	2	2	1	2	1	
501		2		2	2	1	2	2	1
701	1	1		2	1	2	1		1

Die dritte Gruppe der mittelschwer gestörten Patienten (n=5 das sind 12.5%) zeichnet sich eigentlich durch eine depressive Neurose aus. Die Störung markiert sich an der Depressivität (80%), am Narzissmus und den Abwehrmechanismen. Deutlich besteht auch ein Unterschied in der Frustrationstoleranz, die bei diesen Patienten viel besser ist als bei der vorhergehenden Gruppe der schwer neurotischen Patienten mit Dekompensationsneigung. Die letztere scheint auch weniger ausgeprägt. Eine Zuweisung (Pat 102) bleibt unbefriedigend, man

könnte meinen, diese passe besser in die erste Gruppe der am wenigsten Gestörten. Eine solche vom inhaltlichen her undurchsichtige Zuweisung kann durch lokale Maxima oder Minima im neundimensionalen Vektorraum der Variablen entstehen.

Abb. 8 Psychodynamik von Patienten mit neurotischer Depression (n=5)



5.6 Schwerst gestörte Borderline-Patienten

Die 4. und 5. Gruppe, die mit 18 Patienten (45%) den grössten Anteil der Stichprobe ausmachen, leidet an schwersten Beeinträchtigungen der psychischen Organisation in fast allen Bereichen. Diagnostisch könnte man sie als schwere Borderline Patienten bezeichnen.

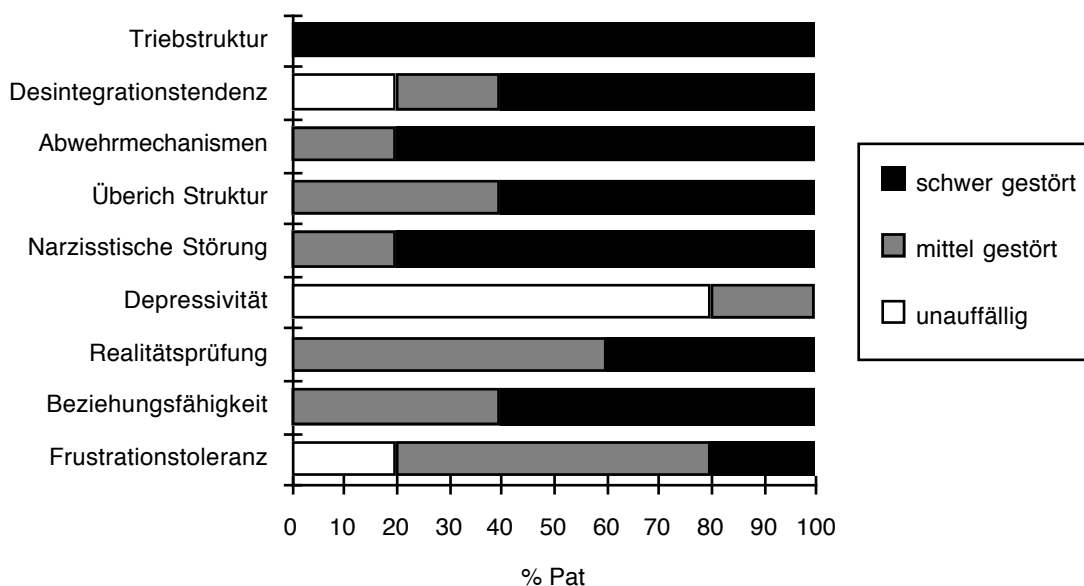
5.7 Schizoid-narzisstische Borderline-Patienten

4. Cluster

	F	B	R	D	N	Ü	A	D	T
	r	e	e	e	a	b	b	e	r
	u	z	a	p	r	e	w	s	i
	s	i	l	r	z	r	e	i	e
Code	t	e	i	e	i	i	h	n	b
103	1	2	2		2	2	2	2	2
202	1	2	2	1	2	2	2	2	2
405	2	2	1		2	2	2	2	2
603	1	1	1		2	1	1		2
707		1	1		1	1	2	1	2

Von den schwer gestörten Patienten fällt eine kleine Untergruppe (n=5 das sind 12.5%) auf, die nicht depressiv ist. Diese haben auch in der Frustrationstoleranz und der Realitätsprüfung bessere Werte als die nachfolgende fünfte Untergruppe. Die beiden Patienten 603 und 707 scheinen vom Schweregrad der Störung ev. auch zur mittleren Gruppe zu gehören. Qualitativ (Triebhaftigkeit, Desintegrations-tendenz) passen sie aber besser zur 4. Gruppe.

Abb. 9 Psychodynamik schizoid-narzisstischer Borderline-Patienten (n=5)



5.8 Depressiv-narzisstische Borderline-Patienten

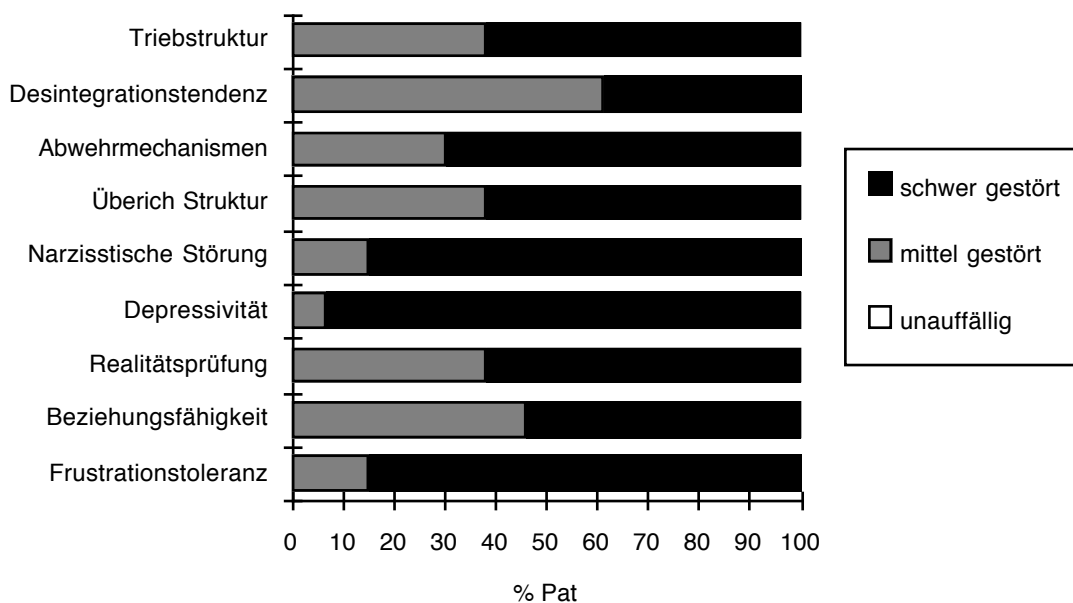
5. Cluster

	F	B	R	D	N	Ü	A	D	T
	r	e	e	e	a	b	b	e	r
	u	z	a	p	r	e	w	s	i
	s	i	l	r	z	r	e	i	e
Code	t	e	i	e	i	i	h	n	b

105	2	2	1	2	2	2	2	1	1
201	2	2	1	2	2	1	1	1	1
301	1	1	1	2	2	2	2	2	2
303	1	1	2	2	2	1	2	1	1
304	2	1	2	2	2	1	1	1	2
401	2	2	2	2	2	2	1	2	2
402	2	2	2	2	2	2	2	2	2
403	2	2	1	2	2	1	1	1	2
404	2	2	2	2	2	2	2	2	2
502	2	2	1	2	2	2	2	1	2
602	2	1	2	2	1	1	2	1	1
606	2	1	2	1	1	2	2	1	1
706	2	1	2	2	2	2	2	2	2

Die letzte und grösste Untergruppe (n=13 das sind 32.5%) sind die schwerst gestörten Patienten. Sie leiden an dem von Rauchfleisch beschriebenen depressiv-narzisstischen Kernkonflikt und sind dadurch in fast allen Dimensionen am schwersten beeinträchtigt. Keiner dieser Patienten hat auch nur eine Dimension, die normal funktionierte. Durch die schwere Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls ist auch die Frustrationstoleranz durchwegs sehr gering. Die Abwehrmechanismen sind gewöhnlich recht selbstdestruktiv organisiert und auch die Realitätsprüfung ist schwer gestört.

Abb. 10 Psychodynamik depressiv-narzisstischer Borderline- Patienten (n=13)



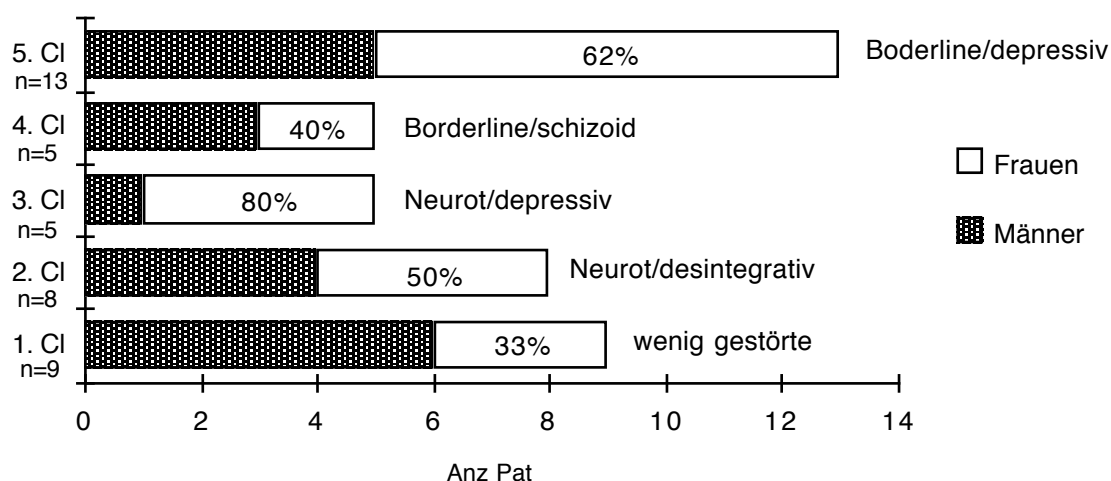
IV.BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

1. Soziodemographische Merkmale der Probanden

1.1 Geschlecht und Alter

Die Verteilung der Geschlechter der Stichprobe ergab 47.5% Männer und 52.5% Frauen. Dies sind deutlich mehr Frauen als für eine repräsentative Auswahl von Delinquenten gelten würde. Das durchschnittliche Alter bei Behandlungsbeginn von den Frauen war mit 24.8 Jahren etwas jünger als das der Männer (28 Jahre). Sie waren altersmässig weniger breit gestreut als die Männer ($sd=3.5$ vs. $sd=7.3$).

Abb.11: Verteilung der Geschlechter in den Clustern der Stichprobe n=40
(Frauen n=21 Männer n=19)



Bei den Clustern ohne nennenswerte Depressionsbelastung (Cl 1 und Cl 4) waren mehr Männer während bei den Clustern mit schwerer Ausprägung der Depressivität (Cl 3 und Cl 5) überdurchschnittlich viele Frauen zu finden waren. Altersmässig unterschieden sich die Cluster kaum voneinander. In Cluster 2 zeigte sich in verschiedener Hinsicht (Beginn Behandlung resp. Delinquenz) ein leicht erhöhtes Durchschnittsalter und Standardabweichung. Diese erklären sich durch einen einzigen Patienten in Cl 2, der fast 50 Jahre alt war und haben sonst keine Bedeutung.

1.2 Ausbildung und Beruf

Exakt ein Drittel aller Patienten hatte bei Beginn der Behandlung eine gute Ausbildung absolviert, d.h. sie hatten eine Lehre oder eine Mittelschule abgeschlossen aber nur 5% der Patienten hatten dazu noch eine Qualifikation erworben. Anlehren waren kaum vertreten mit 7.5% der Probanden. Gut die Hälfte aller Probanden hatten nach der Sekundar- oder Realschule keine weitere Ausbildung absolviert, während 7.5% nur Primar- oder Hilfsschulabschluss vorweisen konnten. Nur die Hälfte derjenigen Patienten, die eine Berufsausbildung vorweisen konnten, hatten eine Anstellung, die dem Niveau ihrer beruflichen Ausbildung entsprach. Ein Fünftel aller Patienten (22.5%) arbeiteten irgendwie reduziert, d.h. entweder war die Anstellung unter dem Niveau des gelernten Berufes oder die Person war nur Teilzeit beziehungsweise temporär beschäftigt. Gut die Hälfte aller Patienten (52.5%) waren arbeitslos und 7.5% hatten schon eine Invalidenrente.

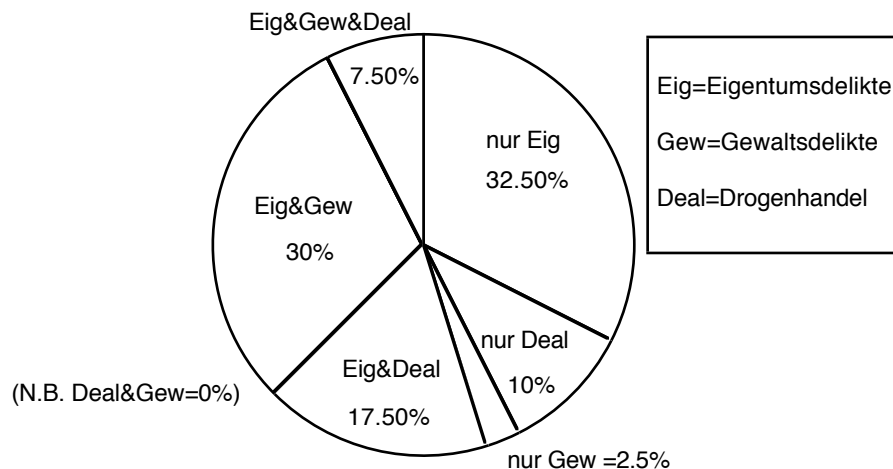
Die Patienten vom 1. Cluster waren im Durchschnitt am besten ausgebildet; die Patienten vom Cluster 5 am schlechtesten (66% von Cl 1, 24% von Cl 5 hatten Berufsausbildung). Bezüglich Werkstätigkeit zeigten sich weniger deutliche Unterschiede zwischen den Clustern.

2. Deviante und delinquente Symptomatik

2.1 Deliktarten

Über die Hälfte (55%) der Patienten hatten nicht nur eine Form von Delikten begangen, sondern gleich mehrere wie die Illustration zeigt:

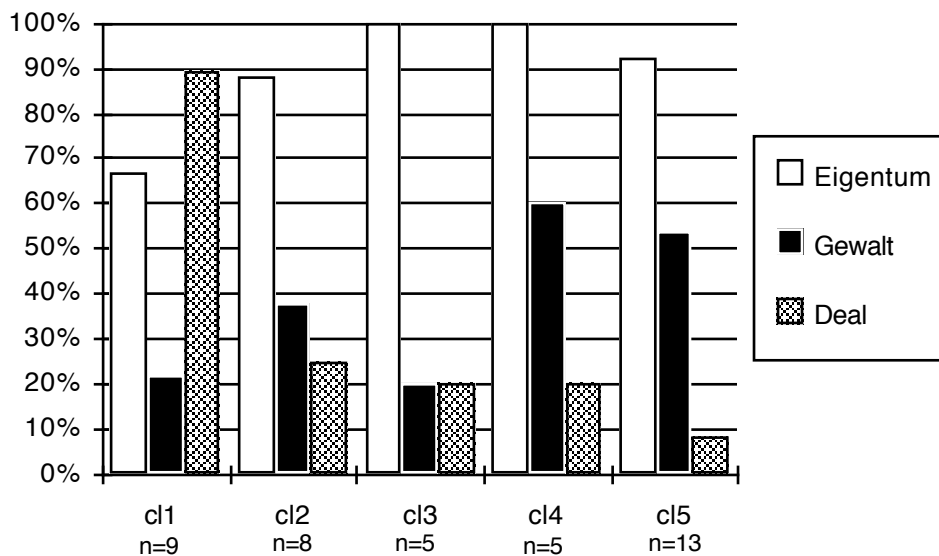
Abb.12: Verteilung der Delikte in Prozent der Patienten der Stichprobe (n=40)



Fast alle (87.5%) Probanden hatten sich Eigentumsdelikte zu Schulden kommen lassen. Weniger oft vertreten waren die Gewaltdelikte (40%) und der Drogenhandel (35%). Die Kombination von Gewaltdelikten und Drogenhandel ohne Eigentumsdelikte kam nicht vor. Favorit bei den Eigentumsdelikten war natürlich der wiederholte Diebstahl, den rund 3/4 aller Patienten begangen hatten. Dann kam Einbruch, von ein Viertel, Sachbeschädigung und Betrug von je ein Fünftel begangen. Die selteneren Delikte in diesem Bereich waren: Hehlerei, Checkfälschung, Zechprellerei und Unterschlagung, die weniger als 10% ausmachten. Beim Dealen überwog das Verkaufen von harten Drogen mit genau ein Drittel aller Patienten aber nur wenige (7.5%) verdealten Haschisch. Es muss hier nochmals klärenderweise gesagt werden, dass es sich bei diesem Dealen nicht bloss um die täglichen kleinen Vermittlungs- und Kaufgeschäfte aller Heroinabhängiger handelt, sondern dass ein Drogenhandel mit substantiellem Gewinn gemeint ist. Bei den Gewaltdelikten war Körperverletzung die häufigste Tat, die von mehr als ein Viertel der Patienten mehrmals begangen wurde. Diese spielte sich meistens im sozialen Nahraum ab. 10% der Stichprobe hatten sich schon als Räuber betätigt. Unter den Frauen der Stichprobe fanden sich viele (10% der Stichprobe = 1/5 der Frauen), die ihren Partner aktiv zum Suizid angestiftet hatten und ihm die Mittel (Methadon, Heroinspritze) dazu zu Verfügung gestellt oder eine Hilfeleistung unterlassen hatten. Rund ein Viertel aller Patienten wurden im Strassenverkehr straffällig (Fahren in angetrunkenem oder betäubten Zustand, Geschwindigkeitsübertretungen, Fahren ohne Ausweis). Die Delinquenz begann durchschnittlich im Alter von 20 Jahren

(sd=6), wobei zwischen Männern und Frauen praktisch kein Unterschied feststellbar war. Das Ende des Delinquierens konnte noch nicht schlüssig festgestellt werden, da in vielen Fällen die Behandlung noch nicht abgeschlossen war oder die Delinquenz noch nicht endgültig verschwunden war.

Abb.13: Delikte der verschiedenen Cluster



Markante Unterschiede zwischen den Clustern zeigten sich im Bezug auf die Deliktarten. Bei den am wenigsten auffälligen Probanden des 1. Clusters überwog deutlich das Dealen, das noch häufiger (90%) vorkam als Eigentumsdelikte, während bei den schwerer gestörten Personen aller andern Cluster Drogenhandel nur bei rund 20% vorkam. Umgekehrt nahmen die Delikte, die rohphysische Gewalt involvierten, auf rund 60% zu bei den schwerst gestörten Patienten von Cluster 4 und 5.

2.2 Geschlechtsspezifische Delikte

Zwischen den Geschlechtern waren am wenigsten Unterschiede beim Diebstahl, Raub und Deal von harten Drogen festzustellen. Einbruch, Hehlerei, Fälschung, Sachbeschädigung, Körperverletzung und Handel weicher Drogen wurden vermehrt von den Männern begangen, während Betrug, Zechprellerei besonders häufig von Frauen begangen wurden. Ausschliesslich für Frauen typisch (19%) war fahrlässige Tötung, die als Beihilfe zum Suizid des Partners ausgeführt wurde. Dies betraf tragischerweise auch Partner, die weder süchtig noch sonst psychisch auffällig waren. Geplant wurden solche Aktionen zwar häufig als gemeinsamer Suizid, wobei die Frau die aktive

Partei dabei war, aber gleichzeitig überlebte. Alle diese Frauen waren übrigens auch anderweitig delinquent.

Tab.7: Spezifität der Delikte für Geschlechter der gesamten Stichprobe (n=40)

Delikt	Männer (n=19)	Frauen (n=21)
Diebstahl	79%	67%
Einbruch	32%	19%
Hehlerei	16%	5%
Betrug	16%	24%
Fälschung	16%	0%
Zechprellen	0%	14%
Sachbeschädigung	26%	19%
Raub	11%	10%
Körperverletzung	32%	19%
fahrlässige Tötung	0%	19%
Deal weiche Drogen	16%	0%
Deal harte Drogen	32%	33%
Strassenverkehr	16%	29%

Juristisch ist natürlich in solchen Fällen schwer eine Schuld nachzuweisen, obwohl bei mindestens dreien dieser Frauen eine polizeiliche Untersuchung stattfand und in einem Fall Anklage wegen fahrlässiger Tötung erhoben wurde. Diese Art von Pathologie als "schwarze Witwe" oder "femme fatale" wurde von Mitarbeitern der Drogenberatungsstelle schon öfters beobachtet und stellt offenbar eine spezifisch weibliche Art der Soziopathie dar, die sich vor allem gegen den Partner richtet. Jede dieser Frauen hatte sich auch schon in anderer Hinsicht moralisch äusserst fragwürdig verhalten oder sogar schon mehrere Männer auf ähnliche Weise "ins Grab" gebracht.

2.3 Strafregisterauszug

Um die Angaben der Therapeuten über die Delinquenz objektiver zu verankern, wurde bei denjenigen Probanden deren Behandlung schon abgeschlossen war (n=15), ein Auszug aus dem Zentralstrafregister eingeholt. Davon waren 67% im Strafregister verzeichnet, allerdings nicht immer wegen der vom Therapeuten genannten Delikte. Übereinstimmung in den vom Zentralstrafregister und vom Therapeuten genannten Delikten bestand bei 53%, wobei meistens zusätzliche Delikte vorhanden

waren, die nur von einer der beiden Quellen aufgeführt wurden. Von den nicht verzeichneten Probanden (n=5 das sind 33%) waren 2 Personen (13%) bereits verstorben, so dass möglicherweise ein bestehender Eintrag bereits gelöscht worden war. Von den restlichen drei, nicht verzeichneten Probanden (20%) war teilweise dem Therapeuten bekannt, dass es sich dabei um Delikte handelt, die zur Dunkelziffer von nicht aufgedeckten Straftaten gehören. Die Taten wurden beispielsweise nicht vor Gericht verhandelt, weil der Geschädigte (Familie oder Arbeitgeber) darauf verzichtet hatte, Anzeige zu erstatten; oder die Anklage musste mangels Beweisen fallen gelassen werden.

2.4 Vorstrafen und Gefängnisaufenthalte

Die Patienten dieser Stichprobe waren in der Regel nur wenige Male vorbestraft und hatten nur kürzere Zeit in Haft verbringen müssen. Männer und Frauen unterschieden sich dabei weniger in langen Haftzeiten, sondern es waren häufig (42%) Frauen gar nie im Gefängnis gewesen und etwa ebenso viele (47%) Männer nur kurz (0-3 Monate).

2.5 Devianz, Schulden, Prostitution und Verwahrlosung

Auch die Verschuldung der Probanden war weniger hoch als man annehmen könnte und bewegte sich mehrheitlich unter Fr. 10'000. Tendenziell konnten die Frauen ihre Schulden tiefer halten als die Männer. Dafür prostituierten sich zwei Drittel der Frauen und ein Drittel der Männer, wobei die Frauen häufiger gewerbsmässig und regelmässig auf den Strich gingen. Allerdings waren nur 27.5% der Patienten gewerbsmässig und oft auf den Strich gegangen. Ein Drittel der Stichprobe zeigte äusserliche Verwahrlosungszeichen. Insgesamt waren 5% obdachlos, 15% ungepflegt und vernachlässigt am Körper, während 12.5% sowohl obdachlos als auch ungepflegt waren. In der Verwahrlosungstendenz waren keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern festzustellen, jedoch zeigte sich anhand der Cluster, dass sie mit der Schwere der Störung zunahm.

3. Psychiatrische und somatische Anamnese

3.1 Behandlungsvorgeschichte

Nur ein Viertel (27.5%) der Probanden hatte noch nie eine professionell geführte Behandlung aufgesucht, vor der hier Untersuchten. Etwa je die Hälfte der Patienten hatten noch nie

eine stationäre respektive ambulante Therapie gemacht. Hingegen waren rund ein Drittel schon mehr als ein Jahr ihres Lebens in einer stationären (37.5%) oder ambulanten (30%) Behandlung gewesen.

3.2 Somatische Krankheiten

Von den intravenös applizierenden Heroinsüchtigen waren fast alle (ausser 1 Person) auf HIV-Infektion untersucht worden. Die andern vier ungetesteten Probanden rekrutierten sich einerseits aus den Nicht-Heroinabhängigen andererseits aus den (chronischen) Heroinsniffern.

Tab.8: HIV-Infektion Stichprobe (n=40)

Status	N Pat	Prozent
ungetestet	5	12.5%
HIV-negativ	16	40.0%
HIV-positiv	19	47.5%
HIV-Infektions-Stadium II	12	30.0%
HIV-Infektions-Stadium III	4	10.0%
HIV-Infektions-Stadium IV	3	7.5%

Andere schwere chronische somatische Krankheiten traten bei 12.5% aller Patienten auf (davon nur 1 Person (2.5%) auch HIV-infiziert). Insgesamt waren in dieser Stichprobe ein sehr hoher Prozentsatz (57.5%) von Personen in ihrer körperlichen Gesundheit beeinträchtigt.

Bei einigen Patienten tauchte der Verdacht auf, dass die psychische Störung organisch mitbegründet sein könnte. In allen Fällen handelt sich um leichte hirnorganische Schädigungen; niemand konnte am Anfang der Behandlung als schwer abgebaut, verwirrt oder psychotisch aufgrund organischer Ursachen bezeichnet werden. Besonders gehäuft (60%) traten solche Vermutungen bei den Probanden des 4. Clusters ("schizoide Borderline-Patienten") auf. Von den Patienten des 5. Clusters ("depressiv-narzisstische Borderline-Patienten") waren offenbar auch ein Viertel schon leicht abgebaut im Sinne des POS.

**Tab.9: Verdacht auf hirnorganische Beeinträchtigungen
Stichprobe (n=40)**

Art des Verdachts	N Pat	Prozent
keiner	32	80%
Epilepsie	1	2.5%
organisches Psychosyndrom (POS)	5	12.5%
lokales/endokrines Psychosyndrom	2	5%

3.3 Substanzenmissbrauch und Süchte

Die Fragestellung dieser Untersuchung hatte eigentlich vor allem der Delinquenz gegolten, jedoch zeigte sich, dass alle 40 Probanden gleichzeitig süchtig waren. Teilweise hängt das mit der Natur der Beratungsstelle zusammen, aber nicht ausschliesslich, da die Korrelation von Süchten und Delinquenz gross ist.

Tab.10: Abhängigkeiten und Süchte Stichprobe (n=40)

Substanzkombination	N Pat	Prozent
Heroin allein	20	50%
Heroin und Kokain kombiniert	6	15%
Polytoxikomanie mit Heroin	11	27.5%
Polytoxikomanie ohne Heroin	2	5%
andere Süchte (Spielsucht)	1	2.5%

Fast alle Patienten (92.5%) waren heroinabhängig. Die Hälfte der Probanden waren monosymptomatisch heroinsüchtig. Ein Drittel der Patienten waren polytoxikoman nicht nur von Heroin sondern auch von Alkohol oder Medikamenten und Kokain abhängig. Polytoxikoman ohne Heroin waren 5% Patienten, die Alkohol und Medikamente missbrauchten. Ob monosymptomatischer oder multipler Substanzenmissbrauch war zwischen den Geschlechtern kein Unterschied festzustellen. Hingegen war bei der Clustereinteilung auffällig, dass die polytoxikomanen Konsummuster mit der Schwere der Störung zunahmen. Unter den Probanden von Cluster 1 waren zwei Drittel nur von Heroin abhängig, das weitere Drittel nahm auch Kokain aber kein Patient nahm gewohnheitsmässig Tabletten oder Alkohol. Unter den depressiv-narzisstischen Patienten von Cluster 5 waren 38.5% monosymptomatisch heroinabhängig, weitere 38.5% polytoxikoman mit Heroin und 15.4% polytoxikoman ohne Heroin.

3.4 Diagnose nach DSM-III

Zu Vergleichszwecken wurden DSM-III Diagnosen gestellt. Weil etwas improvisiert, sind die Resultate nur mit Vorsicht zu verwenden. Da die meisten Therapeuten mit diesem Klassifikationssystem zu wenig vertraut waren, wurden die Klassifizierungen anhand des Interviews über den Patienten von der Autorin gestellt nach dem Ausfüllen des Fragebogens. Die Zuteilung auf der ersten Achse wurde ausgelassen zugunsten einer detaillierteren Darstellung der Süchte. Ebenso wurde auf die 3. Achse "hirnorganische Komponenten psychischer Behinderung" verzichtet. Auffallend war die grosse Verbreitung von Charakterstörungen im Grenzbereich zwischen Neurose und Psychose, fast alle Patienten hätten auch für die Diagnose der Borderline-Störung qualifiziert. Jedoch erfüllten die wenigsten (10%) Probanden die Kriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörung, da die Voraussetzung einer Vorgeschichte von beständigem und chronischem asozialem Verhalten in der Kindheit nicht erfüllt war. Vielmehr schien es, dass die groben Auffälligkeiten dieser Patienten erst nach der Adoleszenz oder nach einer Persönlichkeitsveränderung durch die Sucht angefangen hatten. Neben der Borderline Persönlichkeitsstörung im Sinne von DSM-III waren weiter relativ häufig die depressive Neurose (15%) und die histrionische (früher hysterisch genannte) Persönlichkeitsstruktur (15%). Die diagnostische Einreihung auf der 4. und 5. Achse wurde auch retrospektiv versucht, wobei wegen der grossen Verbreitung somatischer Krankheiten die psychische Belastung einer Mehrheit von Probanden von vornherein als schwer angenommen werden muss. Die soziale Anpassung war nur in der Hälfte der Fälle ausreichend oder gut.

Die Charakterdiagnosen koinzidierten relativ deutlich mit der Clusterlösung. Im ersten Cluster der am wenigsten gestörten Probanden waren besonders häufig (33%) zwanghafte Persönlichkeiten diagnostiziert worden neben einem breiten Spektrum anderer Störungen. Die Borderline-Störung trat im 2. Cluster am häufigsten auf (50%) und nicht wie man annehmen könnte im 5., die wir depressiv-narzisstische Borderline-Patienten genannt hatten. Von den Probanden des 3. und 4. Clusters wurde in Übereinstimmung mit der Clusterlösung 60% depressive Neurosen im 3. Cluster und 60% schizotypische Persönlichkeitsstörung im 4. Cluster diagnostiziert. Besonders häufig kamen im 5. Cluster die Diagnosen Borderline-Störung (38%) und histrionische Persönlichkeitsstörung (31%) vor.

V. ERGEBNISSE ZUR PSYCHODYNAMIK

In den beiden nun folgenden Kapiteln der Darstellung von Ergebnissen zur Psychodynamik und Behandlungen werden immer im ersten Abschnitt die Ergebnisse der Stichprobe als Ganzes besprochen und im zweiten Abschnitt die Unterschiede zwischen den einzelnen Clustern. Statistische Signifikanz wurde dabei immer nur im Bezug auf Unterschiede zwischen dem 1. Cluster (n=9), der am wenigsten gestörten Probanden und den andern vier Clustern (n=31) zusammen überprüft.

1. Generelle Einschätzung der Dimensionen

Das unauffällige Niveau war in allen Dimensionen praktisch nur bei 10-20% der Patienten vorhanden. Mittelschwere Beeinträchtigung bedeutete, dass der Patient sich durch sein Verhalten immer Nachteile einholte, ohne dass aber bleibende Schäden verursacht wurden; sie trat bei 30-45% der Patienten auf. Das schwergestörte Niveau bedeutete, dass der Patient durch die Symptomatik sozial oder gesundheitlich immer wieder stark gefährdet war und längerdauernde Schäden entstanden waren und trat bei 25-40% der Probanden auf. Unterschiede zwischen den Clustern wurden im Methodenkapitel abgehandelt. Die Dimensionen wurden dazu im Detail mehr qualitativ operationalisiert, wobei die Antworten dann anzukreuzen waren, wenn eine Eigenschaft oder ein Symptom während längerer Zeit (mindestens ein halbes Jahr) in der Behandlung deutlich ausgeprägt zu beobachten war.

2. Dimensionen im Detail

2.1 Frustrationstoleranz

Mangelnde Frustrationstoleranz spiegelte sich in schwerwiegenden Arbeitsstörungen bei weitaus den meisten Patienten dieser Stichprobe. Auch wenn drei Viertel der Patienten grundsätzlich arbeiten wollten, konnten nur 17.5% in der freien Marktwirtschaft gut bestehen. Immerhin 27.5% konnten sich einigermaßen durchschlagen, das heisst, sie kündigten selber, um einer drohenden Entlassung zuvorzukommen. Weitere 30% hingegen konnten nur ganz knapp bestehen, es wurde ihnen öfters gekündigt. Nur ein Drittel der Stichprobe hatte genügend Freizeitinteressen, die ihnen Spass machten und eine gewisse Kompetenz voraussetzten. Je ein weiteres Drittel hatten wenige respektive gar keine Freizeitinteressen. Am häufigsten waren Beschäftigung mit Pflanzen und Haustieren,

Lesen, Sport, Handarbeiten und Basteln. Religiöse Beschäftigung hatte bei allen drei Betroffenen (7.5%) viel mit wahnhaften Gedanken zu tun. Generell waren die Reaktionen auf Frustrationserlebnisse in Tätigkeiten bei knapp der Hälfte der Untersuchten adäquat, die nicht sofort aufgaben, sondern eine gewisse Durststrecke ertrugen. Inadäquate Wut (15%) und Resignation (40%) überwältigte viele, wenn ihnen etwas nicht gelang. Dass jemand überhaupt keine Ziele hatte, wurde erfreulicherweise nur einmal beobachtet. Einige Patienten (17.5%) litten an einem Zwang zum Misserfolg. Aus neurotischen Gründen mussten sie alles, was sie erreichten, kurz vor dem Erfolg zunichte zu machen. So versagten sie ständig, obwohl im Grunde durchaus gewisse Fähigkeiten im Ertragen von Frustrationen vorhanden gewesen wären. Der Umgang mit Geld war bei der Hälfte der Patienten schwer gestört, während ein Viertel gerade so zurecht kam und ein Viertel damit gut umgehen konnte. Mehr als drei Viertel aller Patienten konnten Frustrationserlebnisse in Beziehungen wie Streit oder Verlassenwerden kaum ertragen und waren in dieser Hinsicht schwer gestört. Nur ein Drittel konnte solche Schwierigkeiten wenigstens einigermaßen bewältigen und nur eine einzige Person (2.5%) konnte als unauffällig in dieser Hinsicht gelten. Als Reaktion auf unbewältigbare Frustrationen griffen fast alle Patienten (70% oft) auf Betäubung mit Medikamenten, Drogen, oder Alkohol zurück. Mehr als die Hälfte liefen oft vor anfallenden Schwierigkeiten davon, 45% delinquierte oft und 40% taten sich etwas Selbstschädigendes an.

Unterschiede in der Frustrationstoleranz zeigten sich vor allem im Hinblick auf die Schwere der Störung. Die am leichtesten gestörten Patienten von Cluster 1 konnten bei der Arbeit noch relativ am besten bestehen. Häufiger als die andern hatten sie Freizeitinteressen, die sie aktiv verfolgten und konnten eine gewisse Durststrecke vor dem Erreichen ihrer Ziele ertragen (89% vs. 52%). Im Umgang mit Geld zeigten sie ebenfalls die bessere Frustrationstoleranz. Mit immerhin mehr als der Hälfte, die Streit oder Verlassenwerden in Beziehungen wenigstens einigermaßen ertragen konnten, standen sie signifikant besser da als die andern (56% vs. 14%, $p < .05$). Beim Auftauchen von Schwierigkeiten neigten diese Patienten viel weniger zu agierendem, selbstdestruktivem Verhalten. Alle andern Patienten (Cl 2-5) hatten bei der Bewältigung von Arbeit und Freizeit mehr Schwierigkeiten und zeigten sehr häufig impulsive Reaktionen. Bei den Patienten von Cluster 2 fiel der ausgeprägte Misserfolgswang (50%) auf. Im Durchhaltewillen zeigen sie öfter als die andern Wut, wenn etwas nicht gelang. Der Durchhaltewille der depressiven Patienten von Cluster 3 war bei 60% gut; ebenfalls 60% hatten einen realistischen Umgang mit Geld. Fast alle Patienten von

Cluster 5 hatten in jeder Hinsicht eine miserable Frustrationstoleranz.

2.2 Beziehungsfähigkeit

Die Beziehungsfähigkeit wurde noch mehr als andere Dimensionen bei 90% der Stichprobe entscheidend durch die Psychopathologie beeinträchtigt. Es wäre jedoch falsch anzunehmen, dass die delinquenten Süchtigen kein Kontaktbedürfnis oder keine Beziehungen hätten, denn immerhin 65% der Patienten hatten auch enge Beziehungen. Mehr als die Hälfte (52.5%) hatten einen Partner, wobei die Hälfte dieser Partnerschaften ausgesprochen symbiotische Züge trug. Gute Freundschaften hingegen schienen seltener (20%) vorzukommen in der Stichprobe; diese verteilten sich gleichmässig auf Probanden mit und ohne Partner. Während eine allzu enge Beziehung zur Herkunftsfamilie offenbar sexuelle Partnerbeziehungen zuliess, schien sie sich auf die Fähigkeit, nähere Freunde zu finden, katastrophal auszuwirken. Nur einer der (37.5%), von der Herkunftsfamilie unabgelösten Patienten hatte einen Freund und dieser Proband hatte anderweitig keinerlei Kontakte. Von allen Patienten waren 7.5% extrem isoliert ohne jeglichen Kontakt zu Menschen. Weitere 30% der Patienten hatten keinen Partner gefunden und waren relativ einsam; sie hatten nur lose Kontakte in der Szene oder am Arbeitsplatz oder ausschliesslich Beziehungen innerhalb der Herkunftsfamilie. Die häufigsten Charakteristika der Beziehungen der Stichprobe waren: Misstrauen (52.5%), Spaltung der Objektrepräsentanzen in ganz gute und ganz böse Objekte (57.5%), Berausung durch Alkohol oder Drogen zur Kontaktaufnahme (57.5%) und ein anspruchsvoll ambivalentes Verhalten (45%). Weitere Beziehungsstörungen waren: ausschliesslich lockere Beziehungen (17.5%), Distanzlosigkeit und übertriebene Anhänglichkeit (25%), abruptes Abbrechen von Beziehungen (20%), die Unfähigkeit, Menschen zu besetzen und zu erinnern (20%), die Abwehr gegen Bindungen (17.5%), das Auspielen von Bezugspersonen gegeneinander (17.5%) und exhibitionistisches Verhalten zur Kontaktaufnahme (20%). Die gut-böse Spaltung, eine typische ich-strukturelle Beziehungsabwehr bei Borderline-Patienten, verhinderte nahe Beziehungen nicht unbedingt. Die Hälfte der Probanden mit gut-böse Spaltung hatten auch Partner oder Freunde. Unter Patienten, die ihre Objektrepräsentanzen spalteten (57.5%), waren tendenziell Misstrauen, distanzlose Anhänglichkeit und anklammernde Ambivalenz besonders verbreitete Beziehungsstörungen. Häufig war auch exhibitionistisches Verhalten (43%) zur Kontaktaufnahme. Abrupte Beziehungsabbrüche nach Enttäuschungen und das Auspielen von Bezugspersonen gegeneinander waren häufiger unter diesen Personen, aber

keineswegs die Regel (über 74% taten dies nicht). Eine andere Art mit allzu aggressiv geladenen Objektrepräsentanzen umzugehen, war die Abwehr der emotionalen Besetzung von Beziehungen (20% der Probanden). Für solche Personen bleiben die Mitmenschen austauschbar. Sie nehmen ihre Mitmenschen wenig als eigenständige Personen wahr, können sich kaum an deren Eigenheiten oder auch nur deren Namen erinnern. Die Hälfte dieser Patienten hatte nur lockere Beziehungen im Gegensatz zu den andern, die nur in 9% der Fälle keine nahen Beziehungen hatten und viele davon (42.5%) wollten sich nicht an jemanden binden. Abrupte Beziehungsabbrüche kamen häufiger bei Probanden mit Besetzungsabwehr vor (37.5%) als bei andern, jedoch nicht das Auspielen von Bezugspersonen gegeneinander. Kontaktaufnahme schien ein verbreitetes Problem sowohl unter den Patienten mit Besetzungsabwehr als auch mit gut-böse Spaltung. Die Mehrheit (75-85%) brauchten einen Rausch, wenn sie Leute kennenlernen wollten.

Die Fähigkeit einen Partner zu finden, schien im Gegensatz zur Wahl von guten Freunden wenig mit der Schwere der Störung zu tun zu haben (44% von Cl 1 hatten Freunde vs. 13% von Cl 2-5). Die Patienten der leichten Gruppe Cl 1 waren viel weniger isoliert und hatten oft (89%) enge Beziehungen, aber sie neigten mehr als die andern zu Symbiosen. Die gut-böse Spaltung der Objekt- und Selbstrepräsentanzen, die Besetzungsabwehr als typische Zeichen der Borderline-Störung fanden sich kaum. Verzweifelte Versuche zur Kontaktaufnahme wie exhibitionistisches Verhalten und Berausung kamen bei den leicht gestörten Patienten (Cl 1) weniger vor, während sie bei allen andern fast die Regel waren (22% vs. 81%, $p < .05$). Die meisten Patienten der desintegrativen und depressiven Neurotiker (Cl 2 & 3) hatten auch enge Beziehungen: ja am häufigsten von allen hatten sie eine Partnerschaft (77%). Das Auspielen von Bezugspersonen gegeneinander kam am meisten in dieser Gruppe vor. Patienten des 2. Clusters hatten am häufigsten von allen (50%) eine sehr enge Beziehung zur Herkunftsfamilie. Qualitativ neigten sie jedoch am meisten zu anspruchsvoller Ambivalenz ihren Objekten gegenüber (62%). Depressive Neurotiker (Cl 3) hatten fast alle einen Partner (80%), aber keine hatten gute Freunde. Abrupte Beziehungsabbrüche, Unwille sich zu binden oder Besetzungsabwehr kamen in dieser Gruppe überhaupt nicht vor. Trotz engen Beziehungen waren sie misstrauisch (80%) und belasteten ihre Bezugspersonen durch das Auspielen gegeneinander (40%) mehr als andere Patienten. Je schwerer die Störung war, desto mehr wurden die Beziehungen durch lockere Bekanntschaften und Kollegenkreis in der Wirtschaft oder der Szene Arbeitsplatz ersetzt. Auch kamen in der schwerst gestörten Gruppe Cl 4 & 5 am meisten abrupte

Beziehungsabbrüche (28%) und Besetzungsabwehr (31-40%) vor. Schizoide Borderline-Patienten des 4. Clusters zeichneten sich durch einen fast vollständigen Rückzug aus allen Beziehungen aus. Keiner hatte einen Partner oder engere Freunde, nur einer (20%) war an die Herkunftsfamilie gebunden. 60% der schizoiden Patienten waren nach Meinung der Therapeuten äusserst isoliert. Zu 80% wurden diese Patienten als sehr misstrauisch beurteilt von ihren Therapeuten. Alle (100%) machten die sogenannte gut-böse Spaltung der Objekt-Repräsentanzen, sehr viele (je 40%) neigten zu abrupten Beziehungsabbrüchen, zur Besetzungsabwehr und zur Bindungs-losigkeit. Die Patienten der depressiv-narzisstischen Gruppe hatten in der Regel nur eine einzige nahe Beziehung, sei das zum Partner (46.2%), zur Herkunftsfamilie (38.5%) oder zu einem Freund (15.4%), aber ansonsten nur Kollegen wie auch die mittleren Patienten (Cl 2 & 3). Qualitativ waren vermehrt Patienten der 5. Gruppe (31%) anhänglich oder distanzlos.

2.3 Realitätsprüfung

Eine allzu strenge Realitätsprüfung trat bei 37.5% aller Patienten auf, die so rigide im Umgang mit der Realität waren, dass sie praktisch nicht phantasieren konnten. Hingegen konnten 30% auch Phantasie zeigen, wenn es angebracht war. Der zeitliche Realitätsbezug in der reiferen Form des Planens für die Zukunft war in über der Hälfte aller Fälle gestört. Die Fähigkeit aus vergangenen Erfahrungen zu lernen, fehlte bei 40%, während 32.5% Schwierigkeiten hatten, Abmachungen einzuhalten. 12.5% der Probanden waren so stark eingeschränkt, dass sie Mühe hatten, die Tageszeit einigermaßen richtig einzuschätzen und konnten daher natürlich auch keine Abmachungen einhalten. Die Realitätsprüfung im Bereich der eigenen Person, vor allem die der eigenen Fähigkeiten war fast in der Hälfte aller Fälle gestört. Ein Mehrheit derjenigen (Kendall's Tau-b=.55), die die eigenen Fähigkeiten schlecht abschätzen konnten, neigten auch zu Fehleinschätzungen über das Verhalten der sozialen Umwelt (je 40%). Die Unterscheidung zwischen innen und aussen gelang vor allem in den nahen Beziehungen manchmal nicht mehr, wenn Patienten (45%) die Erwartung hatten, jederzeit ohne grosse Worte empathisch verstanden zu werden oder Vorstellungen von Wahrnehmungen schlecht unterscheiden konnten (23%). Das subjektive Realitätsgefühl geriet bei vielen Patienten unter der Neigung zu planlosen, panikartigen Handlungen (50%) ausser Kontrolle. Rund ein Drittel hatten auch schon Depersonalisations- und Derealisationsgefühle. Die Fähigkeit, Denken als Probehandeln einzusetzen, fehlte bei rund einem Drittel aller Probanden.

Erwartungsgemäss hatten die Patienten von Cluster 1 weniger Beeinträchtigungen der Realitätsprüfung. Einzig eine gewisse Rigidität im Interpretieren der Realität (56%), eine Unfähigkeit zu phantasieren (56%) kam häufiger als bei den schwerer gestörten Personen Cl 2-5 (32%) vor. Die Trennung zwischen Ich und Aussenwelt bereitete diesen Patienten kaum Mühe; sie konnten das Verhalten der Umwelt sehr wohl richtig einschätzen, Denken als Probehandeln einsetzen, Vorstellungen von Wahrnehmungen unterscheiden und litten nicht unter Depersonalisations-Erscheinungen. Etwas eingeschränkt waren die Zukunftsplanung und die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten. Die Erwartung, ohne Worte empathisch verstanden zu werden, stieg mit der Schwere der Störung massiv an, das Haften an der Realität nahm ab. Bei Probanden von Cl 2, 3 & 5 fehlte bei vielen der Bezug zu Vergangenheit und Zukunft auf längere Sicht. Das Lernen aus Erfahrungen fiel einer Mehrheit von 46-60%, das Planen der Zukunft 60-63% dieser Patienten schwer. Da diese Störung bei einigen schwerer gestörten Patienten von Cluster 4 nicht zu beobachten war, weist Vieles darauf hin, dass es sich dabei um eine Abwehr handelte. Einige desintegrativ oder depressiv neurotische Probanden von Cl 2 & 3 hafteten (40-50%) zu streng an der Realitätsprüfung, und die meisten hatten Mühe, ihre Fähigkeiten einzuschätzen (60-63%). Viele (75%) von Cl 2 neigten zu panikartigen, planlosen Handlungen und Mühe bereitete das Einhalten von Abmachungen und die Einschätzung des Verhaltens der Umwelt (50%). Die Realitätsprüfung der depressiven Patienten Cl 3 war in vielerlei Hinsicht besser ausgebildet als diejenige der Neurotiker mit Desintegrationstendenz Cl 2. Die Depressiven konnten oft Denken als Probehandeln einzusetzen (100%), das Verhalten der Umwelt besser abschätzen (80%), Abmachungen einhalten (100%), Vorstellungen von Wahrnehmungen unterscheiden (100%) und litten weniger (20%) an Depersonalisations-Erlebnissen. Sie waren von allen die phantasievollsten Patienten (60%). Die schizoid-narzisstischen Patienten Cl 4 litten an besonders brüchigen Ich-Grenzen, während sie einen besseren Bezug zum Zeiterleben als die andern hatten. Sie konnten Denken nicht als Probehandeln einsetzen (60%), Vorstellungen von Wahrnehmungen nicht auseinanderhalten (80%), das Verhalten der Umwelt schlecht abzuschätzen (80%) und hatten schliesslich besonders häufig Depersonalisationserlebnisse (80%). Typisch für der Beeinträchtigung der Realitätsprüfung der depressiv-narzisstischen Patienten Cl 5 war das Einsetzen eines alltäglichen Chaos als Abwehr. Dazu gehörten panikartige, planlose Handlungen (69%), die Unfähigkeit, Abmachungen einzuhalten (62%) oder für die Zukunft zu planen (62%) und sogar Schwierigkeiten, die Tageszeit einzuschätzen (23%). Auch die Realitätsprüfung in den Objektbeziehungen war schwer

gestört, 60% wollten ohne Worte verstanden werden, je 46% schätzen sich oder andere öfters falsch ein.

2.4 Depressivität

Eine depressive Grundstimmung war allgemein sehr verbreitet in der ganzen Stichprobe. Als aufgestellt oder unternehmungslustig konnte man nur 10% der Probanden bezeichnen. So klagten 55% der Patienten in der Therapie über Lustlosigkeit, Verlangsamung und Schlafstörungen. 12.5% der gesamten Stichprobe hinterliessen einen Eindruck von verdeckter Depressivität; sie wirkten ausgebrannt, innerlich leer oder gar wie tot. Die Hälfte der Patienten fühlte sich unliebenswert oder nicht lebensfähig und einsam. Wie die Untersuchung der Beziehungen gezeigt hatte, waren diese Gefühle nicht ganz zu unrecht vorhanden, wobei sich hier der Teufelskreis von Einsamkeit als Ursache und Folge der Depression schloss. Die Hälfte der Probanden machten sich oft Vorwürfe und grübelten über Schuldgefühle. Ebenso verbreitet waren Gefühle von Hilflosigkeit, Unfähigkeit und Minderwertigkeit. Gut die Hälfte der Patienten hatte in der Therapie schon Suizidgedanken geäußert. Weniger häufige Merkmale waren hypomanische Phasen (30%), offener Zynismus und Enttäuschung über das Leben (25%) und Selbstsabotagen als masochistische Inszenierungen (besonders Straftaten) (37.5%). Mit 3 oder mehr von den vorher erwähnten Symptomen qualifizierten drei Viertel der Patienten für die Diagnose der depressiven Neurose nach DSM-III; ein hoher Prozentsatz (37.5%) mit mehr als 5 Symptomen würden sogar als schwer depressiv bezeichnet.

Die differenzierte Untersuchung der Depressivität zeigte, dass auch weniger gestörte Patienten von Cluster 1 an depressiven Symptomen litten. Nur wenige (22%) waren aufgestellt oder unternehmungslustig und mehr als die Hälfte (55%) klagten zuweilen über Lustlosigkeit, Verlangsamung oder Schlaflosigkeit. Ebenso viele fühlten sich manchmal ungeliebt, liebesunfähig und einsam. Fast die Hälfte (44%) beschäftigten Selbstvorwürfe und Schuldgefühle. Seltener gegenüber den andern ($p < .05$) waren verdeckte Depression (11%), Gefühle von Hilflosigkeit oder Unfähigkeit (11%), Suizidgedanken (22%), hypomanische Phasen (0%), zynische oder enttäuschte Charakterhaltung (0%) und Selbstsabotagen im Sinne des Ausagierens (22%). Offen bleibt, ob diese Beeinträchtigungen der allgemeinen Stimmung gegenüber der Durchschnittsbevölkerung abfällt. In den Clustern 2, 3 und 4 fanden sich am meisten Personen mit verdeckter Depressivität (38-40%). Die Patienten von Cluster 2 litten am wenigsten (37.5%) unter vegetativen Begleiterscheinungen von Depression,

aber sie äusserten von allen Gruppen am häufigsten (87.5%) Suizidgedanken. Alle neurotisch depressiven Patienten Cl 3 hingegen litten unter den vegetativen Symptomen: Lustlosigkeit, Schlafstörungen und Verlangsamung. Besonders ausgeprägt war die Diskrepanz in ihrem Selbstbild zwischen dem Ich-Ideal und dem realen Ich, so dass (80%) von denen sich hilflos, unfähig und minderwertig vorkamen. Deutlich (80%) erschien der aggressive Konflikt der Introjekte in Form der Klagen, unliebenswert, liebesunfähig und somit einsam zu sein. Wider Erwarten fehlten bewusste Suizidphantasien weitgehend (20%) bei den neurotisch depressiven Patienten. Masochistische Selbstsabotagen erschienen hinter den depressiv-narzisstischen Borderline Patienten am zweit häufigsten (40%). Bei der detaillierten Betrachtung der nur scheinbar fehlenden Depressivität der schizoiden Patienten von Cl 4 wurde klar, dass diese wohl vorhandene depressive Verstimmungen stark abwehrten. 60% litten an vegetativen Symptomen, 40% an verdeckter, ausgebrannter Form von Depression und was besonders für diese Hypothese spricht: 80% neigten zu hypomanischen Phasen. Die schwere depressive Symptomatik der Patientengruppe Cl 5 äusserte sich fast immer (92%) offen, nicht verdeckt. Kein einziger Patient konnte als aufgestellt oder unternehmungslustig bezeichnet werden. Lustlosigkeit, Schlafstörungen, Verlangsamung und ebenso Minderwertigkeitsgefühle waren sehr häufig (77%). Die Depressivität von Cl 5 hatte besonders ausagierende, masochistische Züge, was sich in Suizidgedanken (77%) und masochistischem Agieren zur Selbstsabotage (62%) zeigte.

2.5 Narzisstische Störung

Das Verhältnis zu den eigenen Grössenphantasien war nur bei 7.5% aller Patienten dieser Stichprobe durch eine "gesunde" Distanz in Kombination mit der Fähigkeit, auch einige dieser Phantasien in die Realität umsetzen zu können, gekennzeichnet. 17.5% hatten zwar doch eine gewisse Distanz zu den Grössenphantasien, konnten aber nichts davon irgendwie in die Realität einbringen. Bei 35% der Patienten waren die Grössenphantasien ungenügend ins Ich integriert; sie lebten vor allem in unrealistischen Grössen- und Allmachtsphantasien und neigten zu Prahlereien. 22.5% waren für die Erhaltung eines guten Selbstwertgefühls sehr abhängig von Statussymbolen oder "Heldentaten" und 12.5% verstiegen sich sogar ab und zu in Pseudologien, um der Realität nachzuhelfen. Die Straftaten standen bei über der Hälfte (55%) der Patienten im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung eines gewissen Selbstbildes, oft einer negativen Identität. In Beziehungen waren mehr als die Hälfte (60%) sehr leicht kränkbar. 27.5% missbrauchten ihre Bezugspersonen vor allem zur narzisstischen

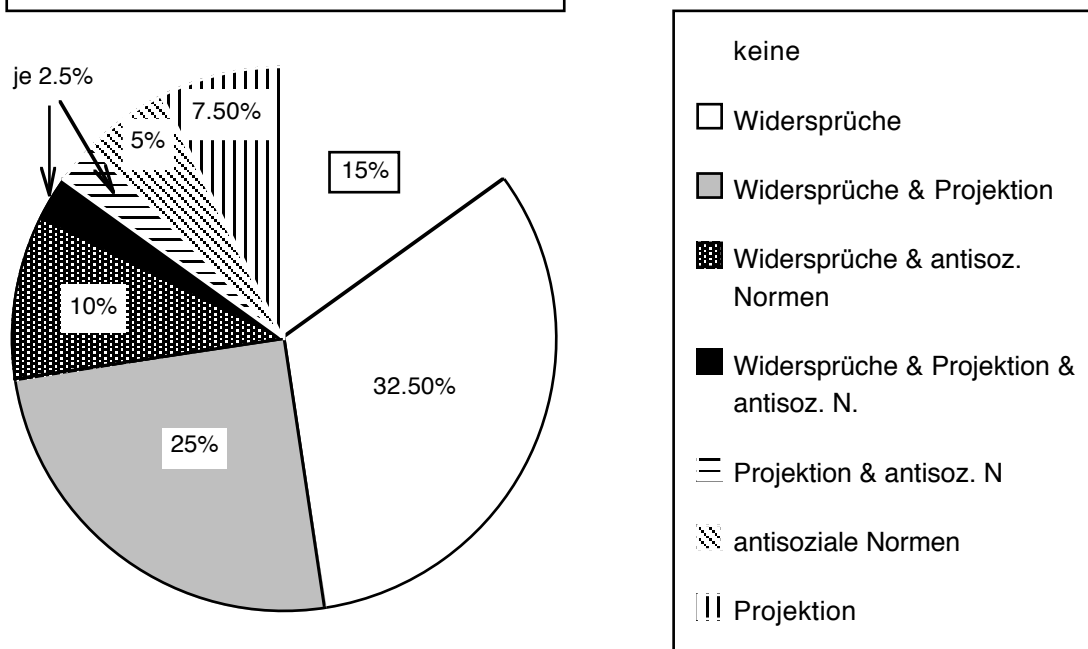
Bestätigung und 17.5% wirkten ausgesprochen kaltherzig. Humor, nach Kohut ein wichtiger Bestandteil eines guten oder zumindest besserungsfähigen Selbstvertrauens hatten 17.5% oft, 52.5% manchmal und 30% musste man doch eher als humorlos bezeichnen.

Viele (44%) der leicht gestörten Patienten Cl 1 hatten ihr Ich-Ideal an die Realität anpassen können. Allerdings um den Preis des Verzichts, die Grössenphantasien in die Wirklichkeit umsetzen zu können; nur eine Person (11%) hatte beides erreicht. Im Gegensatz zu den schwerer gestörten Personen lebten weniger (11%) in einem archaischen, unrealistischen Grössenselbst, sie hatten daher Statussymbole, pseudologische Schwindeleien oder pathologische "Heldentaten" nicht nötig (100%). Eine gewisse Beeinträchtigung des Selbstbildes war jedoch festzustellen, so begingen 56% dieser Patienten Straftaten zur Inszenierung eines Selbstbildes, in das eine gewisse Fremdstigmatisierung als "böse" oder "aggressiv männlich" aufgenommen wurde. Ein Drittel dieser Patienten, prozentual am wenigsten aller, waren sehr leicht kränkbar. Im Gegensatz zur Meinung Kohuts schien Humor mit einer "gesünderen" Persönlichkeitsstruktur nicht unbedingt einherzugehen. Kein Patient galt als sehr humorvoll. Zwei Drittel hatten aber wenigstens manchmal Humor, während ein Drittel kein Sinn dafür hatte. Die Patienten der Cluster 2 & 3 litten am wenigsten (39%) unter verinnerlichten Fremd-Stigmatisierung im Selbstbild. Am häufigsten kam es bei ihnen vor, dass Beziehungen ausschliesslich zur narzisstischen Bestätigung gebraucht (39%) wurden. Die depressiven Neurotiker (Cl 3) waren im Schnitt (60%) nicht so leicht kränkbar. Erstaunlicherweise hatte sich bei den Depressiven der grösste Prozentsatz an emotional "kalten" Personen (60%) ergeben. Je schwerer die narzisstische Störung, desto mehr mussten Patienten sie durch archaische, phantasierte Grösse kompensieren (Cl 4 & 5: 54-60%). Statussymbole und "Heldentaten" spielten eine grössere Rolle (20-40%) als bei andern Patienten. Viele griffen (15-40%) sogar zu Schwindeleien und Pseudologien, um sich besser darstellen zu können. Die Kontamination des Selbstbildes durch Fremd-stigmatisierungen und die Kränkbarkeit (72%) waren bei Cluster 4 & 5 am weitesten verbreitet (67%). Die schizoid-narzisstischen Patienten Cl 4 erschienen ihren Betreuern offenbar als die humorvollsten. Die depressiven Borderline-Patienten missbrauchten am wenigsten häufig ihre Beziehungen nur zur narzisstischen Bestätigung.

2.6 Überich Struktur

Das Verhalten gegenüber Autoritäten war in sehr vielen Fällen durch eine übergrosse Anpassung (47.5%), Unterwürfigkeit (50%) und Schüchternheit (20%) geprägt. Adäquat kritisch konnten sich offenbar die wenigsten Patienten (15%) verhalten. Jedoch äusserte sich der Protest vielfach in Form von Schlitzohrigkeit (47.5%). Offener Trotz zeigten 30% und Frechheit 12.5% manchmal. 22.5% der Patienten, die Frechheit oder Trotz zeigten, taten dies, wenn ihre gleichzeitig vorhandene Überangepasstheit zusammenbrach. Ein weiteres Verhalten gegenüber Autoritäten war auffälliges oder exhibitionistisches Gebaren (20%) und eine an-spruchsvolle, fordernde Haltung. 37.5% der Patienten delinquirten besonders häufig im Zusammenhang mit Kränkungen oder Enttäuschungen, sozusagen zum Trost oder aus Rache. Psychodynamisch (vgl. Abb.14) bestand die Überich-Pathologie bei den weitaus meisten Patienten weniger in einer Verinnerlichung antisozialer Normen als in einer Fragmentierung des Überich in verschiedene, einander widersprechende Normen (72.5%). Ein solches fragmentiertes Überich vermag sadistisch strenge Normen nicht zu modifizieren und ist allgemein viel anfälliger für projektive Prozesse.

Abb.14: Überich-Pathologie Stichprobe n=40



30% der Patienten litten an einem besonders sadistischen Gewissen, mit dem sie sich zeitweise sehr stark identifizierten. Beispielsweise standen sie auf vertrautem Fuss mit der Polizei oder sie äusserten sich missbilligend über die Überich-Störungen ihrer Mitpatienten. Und 10% fühlten

sich in einer solchen Identifikation berechtigt, aggressiv gegen andere Menschen vorzugehen, indem sie beispielsweise Freunde an die Polizei verrieten. Typische Affekte im Zusammenhang mit dem Überich sind Schuld, Scham und Angst. Rund die Hälfte der Patienten wurden oft von Schuldgefühlen und etwas weniger von Schamgefühlen gequält, 60% wurden oft von Angst vor dem "Erwischtwerden" geplagt. Über ein Viertel empfand alle drei Gefühlen öfters, was als neurotisches Muster und weniger als präödpales oder antisoziales gedeutet werden kann. Ein Teil (22.5%) konnte das Erleben von Angst zulassen, während Schuld oder Scham eher vermieden wurden. Dies kann man als präautonomes Überich interpretieren, mit Normen, die nicht genügend internalisiert worden sind und einer äussern Autorität bedürfen, auf die sie projiziert werden können. 12.5% der Patienten vermieden alle drei Gefühle, was auf eine sehr unreifes Überich und schwere Verleugnungen hinweist.

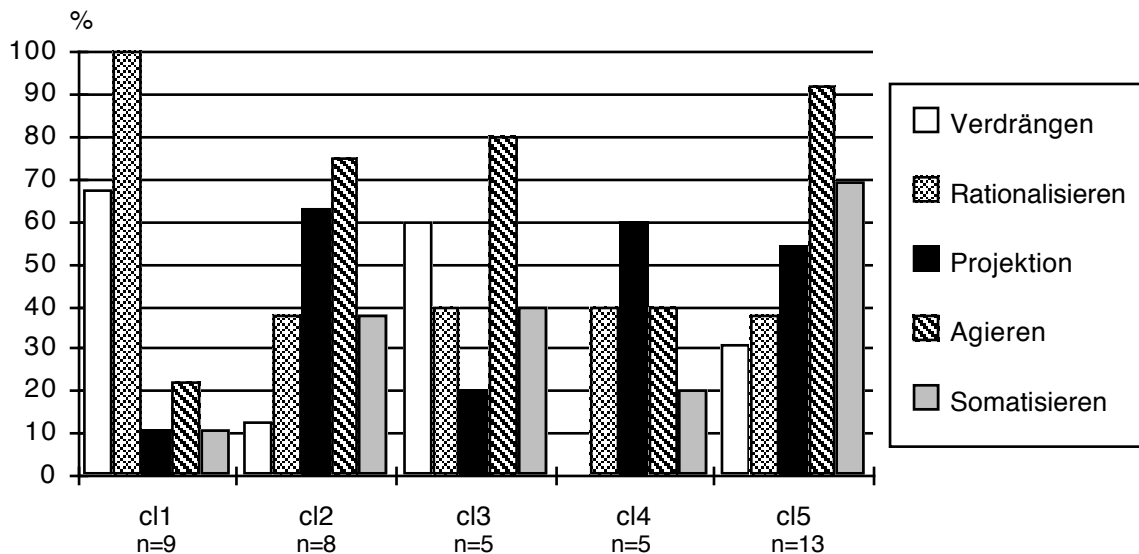
Im Verhalten gegenüber Autoritäten waren Patienten von Cluster 1 häufiger adäquat kritisch eingestellt als die andern (33% vs. 10% $p < 0.10$). In der Struktur des Überich war weniger ein radikal aggressives Gewissen vorhanden (11% vs. 36%) und es wurde nicht gegen andere aggressiv auslebt (0%). Die Projektion des Gewissens auf Autoritätspersonen trat seltener auf (22% vs. 42%). Die mittelschwer gestörten Patienten von Cluster 2 & 3 neigten mehr (50-80%) zur Schlitzohrigkeit und offener Frechheit (23% vs. 7%) als die andern. Die desintegrativ neurotischen Patienten Cl 2 waren im Gegensatz zu allen andern am wenigsten (25%) unterwürfig und angepasst dafür vermehrt adäquat kritisch. Dynamisch gesehen hatte keine dieser Personen antisoziale Normen ins Überich integriert, dafür neigten sie dazu, ihr Gewissen auf die Aussenwelt zu projizieren (75%). Unter den depressiven Patienten des 3. Clusters waren am meisten unterwürfige (80%). Keiner konnte sich adäquat kritisch äussern, dafür floss Kritik umsomehr als schlitzohriges Verhalten ein (80%). Sie wurden mehr als alle andern von Schamgefühlen (100%) und Schuldgefühlen (80%) geplagt, wobei Schuld und Angst noch mehr abwehrend vermieden werden konnten als Scham. Störungen des Überich wie antisoziale Normen (20%), widersprüchliche Normen (40%) oder radikale Gewissensforderungen (0%) waren weniger ausgeprägt als bei den andern Patienten. Projektion des Gewissens auf äussere Objekte kam dennoch vor (40%). Strukturell litten die Patienten von Cluster 4 & 5 vor allem unter widersprüchlichen Normen und radikalem archaisch unflexiblem Gewissen. Hingegen war die Projektion des Überich weniger verbreitet als bei den Mittelgestörten. Viele schwerst gestörte Cl 4 & 5 (50%) delinquirten nach der Meinung ihrer Betreuer auch zum Trost oder aus Rache nach Kränkungen. Die schizoiden Patienten Cl 4 hatten in der Regel wenig auffällige Charaktereigenschaften im

Bezug auf das Gewissen; 60% wirken äusserlich angepasst. Strukturell hatten jedoch der vergleichsweise grösste Prozentsatz von Patienten antisoziale Normen internalisiert. Dazu neigten sie mehr als die andern zur Delinquenz aus Trost und Rache. Projektion des Überich trat logischerweise seltener auf (20%) als bei den andern Clustern. Verinnerlichte antisoziale Normen lösen keinen psychischen, jedoch einen sozialen Konflikt aus. Bei den Affekten im Zusammenhang mit dem Überich neigten Schizoide dazu, diese pathologisch zu vermeiden. Am deutlichsten (80%) wurde dies bei der Scham. Die depressiv-narzisstischen Personen Cl 5 waren tendenziell unterwürfiger als die andern. Im Gegensatz zu den nur neurotisch depressiven (Cl 3) zeigten die depressiven Borderline Patienten von Cl 5 aber mehr offenen Trotz und weniger verdeckten Protest in Form von Schlitzohrigkeit. Strukturell litten sie vor allem an widersprüchlichen Normen (85%) und an einem archaisch-radikalen Gewissen (46%).

2.7 Abwehrmechanismen

Die ubiquitärsten Abwehrmechanismen in dieser Stichprobe waren das Betäuben mit Substanzen (55%), das handlungsmässige Inszenieren psychischer Konflikte im sozialen Umfeld (55%) und die Verleugnung (60%). Unter hysteriformen Abwehrmechanismen wurden hier das Affektualisieren, insbesondere hysterische Dramatisierungen (35%), das phobische Vermeiden (35%) und die Konversionssymptome (20%) subsummiert. Das Verdrängen (35%) war ursprünglich auch unter den "hysterischen" Mechanismen aufgeführt, ist aber eigentlich nicht neurosenspezifisch. Als zwanghaft wurden hier die Mechanismen des Rationalisierens (52.5%), des Isolierens der Affekte von den dazugehörigen Gedanken (32.5%) bezeichnet, sowie wiederholte Zwangsgedanken oder magisches Denken (32.5%) und zuletzt Zwangshandlungen und "Ungeschehenmachen" (15%). Als "paranoide" Formen wurden folgende Abwehren kategorisiert: die einfache Projektion (43%), die projektive Identifizierung (30%) und hypochondrische Ängste (22.5%). Dazu gehörten auch die Verleugnungen zu den mehr paranoid gefärbten Mechanismen: Verleugnen von Bedeutungen (70%) und gelegentlich wahnhaftes Verleugnen (15%). Als impulsive Abwehrmechanismen wurden operationalisiert: die kontraphobischen Handlungen (32.5%), die Rollenumkehr bei drohenden Ohnmachtserlebnissen (27.5%), das agierende Inszenieren innerer Konflikte (55%) und die Deckabwehr (17.5%). Als weiterer recht verbreiteter, impulsiv masochistisch gefärbter Abwehrmechanismus wurde noch das Somatisieren und das Inszenieren von Unfällen erfragt (40%).

Abb.15: Einige Abwehrmechanismen der Cluster



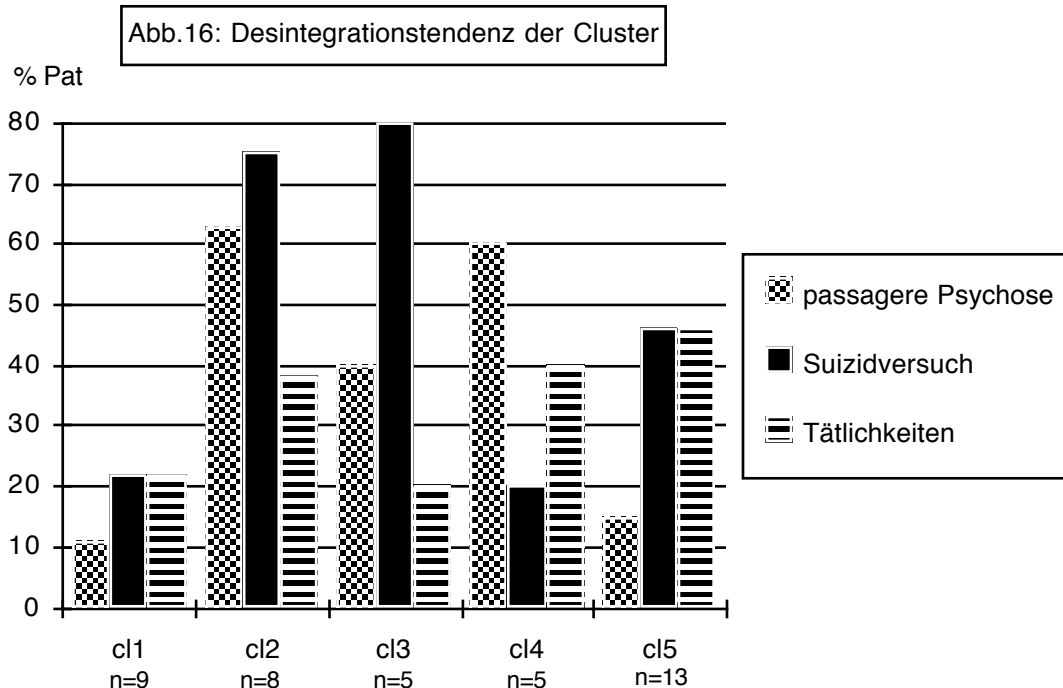
Die Unterschiede zwischen den Clustern manifestierten sich in den Abwehrmechanismen deutlich (vgl. Abb.15). Das Auftreten paranoiden, impulsiven und psychosomatischen Abwehrformen war ein Kennzeichen einer schwereren, präödiptalen Störung. Dagegen waren bei den ödiptalen Neurosen mehr introspektive Mechanismen, die in der Regel weniger schädliche Konsequenzen für den Betroffenen haben, vorhanden. Verdrängen, als reifere Abwehrform kam signifikant häufiger bei den leicht gestörten Patienten Cl 1 vor (67% vs. 26% $p<.05$). Phobisches Vermeiden kam etwas häufiger vor (44% vs. 32%). Besonders wichtig scheint, dass gerade alle Patienten der leichten Gruppe zum Rationalisieren neigten (100% vs. 39% der andern $p<.01$). Ebenso das Isolieren kam mit deutlicher Häufigkeit öfters vor (67% vs. 23% $p<.05$). Magisches Denken und Zwangshandlungen und Affektualisieren hingegen waren eher etwas seltener als bei den andern. Diejenigen Abwehrformen, die mit mangelnder Abgrenzung in Beziehungen und Verleugnungen zu tun haben, Projektion ($p<.05$), projektive Identifizierung (nicht signifikant) Verleugnung von Bedeutungen oder wahnhaft (nicht signifikant) kamen wesentlich seltener vor als bei den schwerer gestörten Patienten. Einzig hypochondrische Ängste waren gleich häufig (22%). Drittens kamen die ausagierenden, impulsiven Abwehrformen viel seltener ($p<.05$) bei Cluster 1 vor. Das Somatisieren (Unfälle), projektive Identifizierung, kontraphobische Handlungen, Agieren, Deckabwehr und Betäuben nahmen prozentual mit der Schwere der Störung zu. Bei der mittleren Gruppe waren Affektualisieren (54%) und das Verleugnen (77%) (nicht wahnhaft nur von Bedeutungen) und die Rollenumkehr bei drohenden Ohnmachtserlebnissen (39%) als

Abwehrformen am ausgeprägtesten vertreten, Konversionssymptome dagegen am wenigsten häufig (8%). Ebenso das Isolieren (15%) und Zwangshandlungen (8%), Hypochondrie (15%) und Deckabwehr (0%). Die neurotischen Patienten mit Desintegrationstendenz Cl 2 waren die Spitzenreiter im Affektualisieren (63%), bei den Projektionen (63%) und beim Verleugnen von Bedeutungen (88%). Die depressiven Patienten Cl 3 wie die leicht Gestörten benutzten sehr oft die Verdrängung (60%) im Gegensatz zu diesen hatten sie aber weniger die reiferen Zwangsmechanismen wie Rationalisieren und Isolieren zur Verfügung und setzten anstelle von diesen die primitiveren, impulsiven Abwehren wie Rollenumkehr (40%), Agieren (80%) und Betäuben (80%) ein. Die schizoid-narzisstischen Patienten Cl 4 schienen sich nicht auf die, für eine gelungene Abwehr wichtige Verdrängung verlassen zu können (0%). Hysteriforme Manifestationen setzten sie weniger häufig ein, dafür waren ihre magisch-zwanghaften Abwehren ausgeprägter (Isolieren (40%), magisches Denken und Zwangsgedanken (80%) und Zwangshandlungen (40%)). Paranoide Mechanismen, die auf fehlenden Ich-Grenzen beruhen, waren allgemein den Patienten der schwerst gestörten Gruppe Cl 4 & 5 besonders verbreitet. Beim Verleugnen wurde ein Unterschied zwischen präpsychotischer und Borderline-Struktur deutlich. Während nämlich wahnhaftes Verleugnen bei den schizoiden Patienten mit 60% häufiger als bei andern war, kam die Verleugnung von Bedeutungen bei ihnen weniger oft (20%) vor als bei den depressiv-narzisstischen Borderline-Patienten (69%). Das Agieren und das Somatisieren und die Unfälle kamen tendenziell auch weniger häufig bei den schizoiden Patienten vor. Die depressiv-narzisstischen Patienten schwangen bei den impulsiven Abwehrformen hoch oben aus. Dazu gehörte das Betäuben (85%), Somatisieren und Unfälle (69%) und Agieren (92%). Agierende hysterische Formen kamen prozentual ebenfalls gehäuft vor (phobisches Vermeiden (46%), Affektualisieren (39%)), während zwanghafte Abwehren nicht über dem Durchschnitt vorkamen.

2.8 Desintegrationstendenz

Viele Patienten dieser Stichprobe hatten schon schwere Krisen hinter sich, denen die brüchige Abwehr nicht mehr standhalten konnte und eine Desintegration ihres Ich stattfand. Rund ein Drittel (32.5%) hatten schon psychotische Episoden durchgemacht und fast die Hälfte (47.5%) hatten schon einmal einen ernstgemeinten Suizidversuch unternommen. Bei weiteren 15% vermutet der Therapeut bloss, dass die Delinquenz auch im Dienste der Abwehr einer Psychose steht. In Krisenzeiten hatten ein Fünftel der Patienten Wahnideen und 12.5% Halluzinationen. Aggressive Durchbrüche in denen andere Personen tödlich angegriffen wurden, kamen bei 35% der

Patienten vor. Eine Verschiebung sadistischer Triebe auf Tiere war jedoch bei keinem der Patienten bekannt.



Die Tendenz zur psychotischen Desintegration des Ich (vgl. Abb.16) war bei den leicht gestörten Patienten Cluster 1 weniger häufig ($p < .10$) als bei den andern. Zwei Person (22%) hatten einmal einen Zusammenbruch als psychotische Episode oder Suizidversuch. Weitere 22% hatten sich schon Tätlichkeiten zuschulden kommen lassen. Jedoch diente nach der Ansicht der Therapeuten bei keinem dieser Patienten die Delinquenz der Abwehr einer Psychose ($p < .05$). Patienten von Cluster 2, die deshalb Neurotiker mit Desintegrationstendenz genannt wurden, hatten die höchste Rate an psychotischen Episoden (63%) und die zweithöchste an Suizidversuchen (75%) von allen Patienten, also auch von den ansonsten schwerer gestörten Borderline-Patienten. Deshalb waren die Äusserungen von Suizidphantasien bei diesen Patienten durchaus ernst zu nehmen. Obwohl depressive Neurotiker kaum verbal Suizidgedanken äusserten, wiesen sie die höchste Rate (80%) an Suizidversuchen von allen Patienten auf. Psychotische Zusammenbrüche mit Wahnideen oder Halluzinationen waren dafür selten (20%). Tätlichkeiten waren ebenfalls selten und wie bei den leicht gestörten Patienten nur in einem Fall bekannt (20%). Je schwerer die allgemeine Störung der Patienten, desto häufiger wurde eine drohende Desintegration des Ich mit Hilfe von Tätlichkeiten gegen andere Personen verhindert (44% vs. 31% vs. 22%). Die Therapeuten beurteilten bei den schizoid-narzisstischen Patienten die Gefahr einer Psychose besonders gross, demgemäss würden 60% dieser Patienten mit der

Delinquenz eine Desintegration abwehren. In der Tat fand sich in Cl 4 eine sehr hohe Rate an psychotischen Episoden (60%), ebenfalls 60% hatten schon Wahnideen und 20% Halluzinationen. Nur eine Person (20%) hatte jedoch einen Suizidversuch hinter sich. Erstaunlich wenige der depressiv-narzisstischen Borderline-Patienten hatten je einen psychotischen Zusammenbruch erfahren (15.4%); entsprechend selten waren auch Wahnideen (0%) und Halluzinationen (15%) vorgekommen. Suizidversuche kamen zwar auch recht häufig vor (46%) aber weniger als bei den nur mittlerschwer Gestörten. Am höchsten von allen rangierte jedoch die Rate an Tötlichkeiten (46%).

2.9 Triebstruktur

Viele Patienten (67.5%) waren im sexuellen Bereich eher gehemmt. 35% neigten zu sexueller Verwahrlosung, wobei von diesen fast alle sich gelegentlich oder häufig prostituierten. Sexuelle Hemmungen traten bei einzelnen dieser Personen trotzdem auf. 7.5% waren immer noch an einem sexuellen Experimentieren quasi in einer verlängerten Adoleszenz. 10% der Patienten waren sehr darauf aus, andere ständig zu verführen. Keine sexuellen Devianzen hatten 62.5%, 15% hatten eine homosexuelle und 2.5% eine bisexuelle Objektwahl. Echte Perversionen traten selten auf (5%). Recht verbreitet war der "moralische Masochismus" (15%, alle Frauen). Die Hälfte der Patienten galten als aggressionsgehemmt. Viele (40%) Probanden waren unterschwellig aggressiv geladen. Offene Wutausbrüche oder "Tobsuchtsanfälle" hatten 35% und zu Schlägereien neigten 17.5%. Gegen das Selbst gewendete Aggressionen kamen als willentliche Selbstverletzungen bei 20% der Stichprobe und als Provozieren von aggressiven Reaktionen in andern Personen (32.5%) vor.

In der Trieborganisation zeigten sich deutliche Unterschiede in den Clustern. Je schwerer die Störung war, desto mehr traten Hemmungen in den Hintergrund und unkontrollierte sexuelle und aggressive Triebe wurden ausgelebt (sexuelle Verwahrlosung, diverse Perversionen, Wutanfälle und Schlägereien). Bei den leicht gestörten Patienten dominierten die Hemmungen der sexuellen und aggressiven Triebe ($p < .05$). Verführerisches Verhalten oder sexuelles Experimentieren über die Pubertät hinaus zeigte keiner. Promiskuität, unterschwellige Ag-gressivität, Selbstverletzungen, Schlägereien, Wutanfälle kamen nur vereinzelt (je 11%) vor. Besonders ausgeprägt bei den Clustern 2 & 3 war der Masochismus (25-40%). Diese Patienten waren sehr häufig von unterschweligen Aggressionen geplagt (50-60%), riefen bei ihren Bezugspersonen Aggressionen hervor (38-60%) oder fügten sich Selbstverletzungen (25-40%) zu. Die Patienten

der desintegrativen Gruppe Cl 2 verfügten tendenziell über etwas mehr Affektbeherrschung im aggressiven als die depressiven Neurotiker Cl 3. Im sexuellen Verhalten waren keine Unterschiede auszumachen. Bei vielen (56-60%) der schwer gestörten Patienten von Cluster 4 & 5 zeigte sich eine polymorph perverse Sexualität. Nämlich 28% bevorzugten eine homosexuelle Objektwahl, 11% ein masochistisches Muster, 6% ein bisexuelles Muster, 6% sadistische und 6% exhibitionistisch-promiskue Neigungen. Sexuelle Verwahrlosung trat bei 44% und sexuelle Hemmungen 5% auf, wobei das eine das andere fast immer ausschloss (nur 2 Personen hatten beides). Im aggressiven Bereich waren Wutausbrüche und Tobsuchtsanfälle häufig (40-54%) und so auch Schlägereien (31-40% $p < 0.05$). Zusammenfassend schien die gesamte Trieborganisation dieser Gruppen wenig gefestigt. Gegenüber den depressiv narzisstischen Patienten unterschieden sich die schizoiden in einigen Punkten. So waren sie in der Regel sexuell gehemmter (80% vs. 46%) und neigten nicht zum sexuellen Experimentieren wie die depressiv-narzisstischen. Hingegen hatten gleich zwei Patientinnen von Cluster 4 eine für Frauen seltene Perversion, eine Person praktizierte Sadismus und die andere eine Form von Exhibitionismus, mit dem Ziel "Männer anzumachen". Insgesamt zeigten 60% der Gruppe eine Abweichung von der sexuellen Norm. Sie erweckten zwar in andern Personen keine Aggressionen (0% vs. 54%), fügten sich aber häufiger Selbstverletzungen zu (40% vs. 8%). Auch bei den depressiv-narzisstischen Patienten kamen sexuelle Normabweichungen häufig vor. Sie neigten auch im Gegensatz zu den Patienten aller andern Cluster zum sexuellen Ausprobieren über die Pubertät hinaus. Sie verstanden es besonders, in andern Personen Aggressionen zu wecken (54%).

2.10 Chronizität der Störung

Da bei der Planung der Arbeit noch nicht bekannt war, dass alle Patienten neben der Delinquenz süchtig waren, wurde der genaue Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Sucht und dem der Delinquenz leider nicht erfragt. Jedoch war die Delinquenz bei allen Probanden definitionsgemäss nicht bloss der Beschaffung illegaler Drogen. Mehrheitlich war die Delinquenz der Probanden in der Adoleszenz erstmals aufgetreten (47.5%) oder erst danach (40%). Nur bei wenigen (12.5%) bestand schon in der Kindheit ein delinquentes Verhaltensmuster. Allerdings muss dazu einschränkend gesagt werden, dass diese anamnestischen Daten aus der analytischen Rekonstruktion der Kindheitsgeschichte auch lückenhaft sein könnten. Leider trat bei 12.5% der Patienten dieser Stichprobe die Delinquenz während der Behandlung erstmals auf. Oft kommen Heroinsüchtige erst dann in eine fachliche Beratung, wenn die

soziale Integration kurz vor dem Zusammenbruch steht und die Beschaffung der Drogen nicht mehr mit legalen Mitteln gelingt. Oft genug kann die nachfolgende ambulante Behandlung diesen Zusammenbruch nicht mehr aufhalten. Andererseits könnte eine Verschlimmerung der delinquenten Symptomatik kausal mit der Behandlung verbunden sein: dann nämlich, wenn eine bösartige Regression im Sinne Balints auftritt.

Die wenig gestörten Patienten wurden oft (56%) in der Adoleszenz erstmals delinquent, 33% danach. Die Patienten vom 2. und 3. Cluster hingegen wurden zum grössten Teil (77%) erst nach der Adoleszenz delinquent. Auch hatte ein relativ bedeutender Anteil (32%) erstmals während der Behandlung begonnen zu delinquieren. In der schwerst gestörten Gruppe Cl 4 & 5 waren alle Patienten schon vor der Behandlung delinquent. Die als schizoid klassifizierten Patienten waren am häufigsten von allen (40%) schon in der Kindheit vor der Pubertät delinquent gewesen. Bei den depressiv-narzisstischen Probanden begann das delinquente Verhalten vorwiegend in der Adoleszenz (69%).

VI. ERGEBNISSE ZUR BEHANDLUNG

Auch hier werden immer im ersten Abschnitt die Ergebnisse der Stichprobe als Ganzes besprochen und im zweiten Abschnitt die Unterschiede zwischen den einzelnen Clustern. Statistische Signifikanz wurde nur im Bezug auf Unterschiede zwischen dem 1. Cluster (n=9), der am wenigsten gestörten Probanden und den andern vier Clustern (n=31) zusammen überprüft.

1. Grundlagen der Behandlung

1.1 Dauer und behördliche Kontrolle

Durchschnittliche Dauer der Therapie war 30.4 Monate, bei einer Mindestdauer von 18 Monaten. Zwischen Männern und Frauen waren kaum Unterschiede. Die Mehrheit der Patienten (60%) kamen ohne den Druck der Justiz zur Behandlung. Eine gerichtlich verfügte ambulante Massnahme hatten 27.5% der Patienten, 12.5% hatten eine Gerichtsverhandlung in Aussicht, die vermutlich zu einer Massnahme führen wird. Von den Massnahmepatienten waren zwei (5%) in einer fast permanenten Massnahme, weil sie immer wieder delinquierte. Ursächlich für dieses Verhalten waren nach Meinung der Therapeuten unbewusste Ängste vor dem Ende der gerichtlichen Therapieverfügung. 12.5% der Massnahmen waren schon erfolgreich abgeschlossen, wobei bei der Hälfte (7.5%) die Therapie auch ohne behördlichen Druck noch weiter lief. Einige Patienten unterstanden anderweitig einer behördlichen Kontrolle: 10% hatten einen Beistand, 7.5% waren bevormundet, 7.5% wollten den Fahrausweis wieder erwerben und mussten zur Untersuchung ihrer Fahrtauglichkeit zum Amtsarzt.

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung stieg mit zunehmender Schwere der Störung leicht an. Die überdurchschnittlich lange Behandlungszeit der Patienten mit neurotischer Depression (Cl 3) ergab sich vor allem durch die besondere Länge einer Behandlung. Die behördliche Kontrolle über die Patienten der Cluster 1, 4 & 5 war vergleichsweise häufig (60-77%), während sie in Cluster 2 & 3 viel geringer war (20-25%). In Cl 3 hatte kein Patient eine Massnahme. Die vormundschafts-behördliche Kontrolle über die Personen des Clusters 4 war besonders hoch: 40% hatten einen Beistand und 20% einen Vormund.

1.2 Setting

Die überwiegende Mehrzahl aller Therapien fand einmal wöchentlich statt (78.5%). Dies entspricht dem Standard, der durch Institution und Krankenkassen bedingt ist. Mehr Wochenstunden wären allerdings auch für die meisten Patienten eine Überforderung. 15% der Probanden kamen auf eigenen Wunsch zweimal pro Woche und einige wenige (7.5%) kamen seltener als einmal die Woche. Eine andere Abweichung von den Gepflogenheiten der meisten Privatpraxen und Kliniken war das Duzen von Therapeut und Patient in 92.5% der Fälle. Diese Gewohnheit hätte sich in der Institution kaum halten können, wenn es nicht dem Beziehungsmuster der Jugendlichen und der Verwahrlosten in der Subkultur entgegenkäme. Alle analytischen Gespräche in dieser Stichprobe fanden sitzend statt. Angesichts der Schwere der Störung wäre ein Liegen auf der Couch wenig angebracht. Die Bezahlung wurde in der Regel durch die Krankenkasse sicher gestellt, so dass die Patienten nur noch den Selbstbehalt von 10% (oder weniger, wenn mit Pauschalkrankenschein abgerechnet wurde) bezahlen mussten. Eine grössere Beteiligung des Patienten an der Behandlung kam nur in den seltensten Fällen in Frage, dann nämlich, wenn der Patient, sowohl von der Psychodynamik genügend Einsicht hatte, als auch symptomatisch und sozial sehr weit rehabilitiert war. Zwei Patientinnen (5%) (beide aus Cl 5) bezahlten in einem fortgeschrittenen Stadium ihrer erfolgreichen Therapie die Stunden selber.

1.3 Parameter

Zwei heroinsüchtige Patienten (5%) waren in abstinenter psychoanalytischer Therapie ohne Methadon. Die andern heroinabhängigen Patienten wurden mit Methadon behandelt (87.5% aller Probanden). Früher (vor 1987) begann die Methadonsubstitution in der Regel nach einer 4-6 wöchigen Abklärung. Allerdings fingen 17% aller Methadonbehandlungen erst nach mehr als einem halben Jahr Beratungsgesprächen an. Das Methadonprogramm dauerte in der Regel fast bis zum Ende der Behandlung, wenn sie regulär abgeschlossen wurde. Bei einigen Patienten war zusätzlich zu Methadon zeitweise noch ein anderes Psychopharmakon verabreicht worden: 5% erhielten Neuroleptika, 2.5% Antidepressiva und 7.5% Tranquilizer. Jemand (2.5%) erhielt Antiepileptika aber kein Methadon. Fast alle (90%) der Patienten mussten regelmässige Urinkontrollen abliefern. Für Methadonpatienten war dies ohnehin Bedingung und bei der Durchführung ambulanter Massnahmen manchmal von Vorteil, um die Abstinenz eines Patienten zu belegen. Das von Rauchfleisch empfohlene bifokale Vorgehen, indem der Therapeut die Abstinenz zeitweise aufgeben muss zugunsten von dringend notwendigen Massnahmen zur Resozialisierung des Patienten wurde vielfach angewendet. Ein Viertel der Patienten erhielt

Ratschläge bezüglich Schuldensanierung und Wohnungssuche, ein Drittel Ratschläge zum Umgang mit Arbeit und Ämtern. Manchmal (20-33%) musste der Therapeut aktiv eingreifen, in der Regel waren das vor allem Telephonate mit Arbeitgeber, Beamten und andern Personen des Umfeldes des Patienten. Nicht üblich in den Beratungsstellen des sozialpsychiatrischen Dienstes ist es hingegen, dass Therapeuten selber eine Schuldensanierung mit dem Patienten durchführen würden, oder ihm eine Wohnung oder Arbeit suchen würden. Solche Eingriffe in die Autonomie des Patienten würden neben der intensiven emotionalen Beziehung viel zu weit führen, wenn sie durch eine einzige Person ausgeübt würden. Im weiteren besteht in der Beratungsstelle auch ein Angebot für somatische Untersuchungen und Behandlungen, das von ebenso vielen Patienten rege benützt wurde. Rund die Hälfte der Patienten konnte die Konstanz der Gespräche von sich aus aufrechterhalten. Ein Viertel musste selten einmal mit Briefen oder Telephonaten an die Behandlung erinnert werden, damit sie ihre inneren Widerstände überwinden konnten. Ein weiteres Viertel musste öfters an die Behandlung erinnert werden.

Die Patienten des 2. & 4. Clusters begannen die Methadonsubstitution besonders spät; durchschnittlich erst nach einem halben Jahr Behandlungszeit. In allen Clustern waren Ratschläge zur Schuldensanierung, Arbeits- und Wohnungssituation öfters notwendig. Aktives Eingreifen hingegen bei Arbeit, Wohnen oder Ämtern wurde bei schwerer gestörten Probanden häufiger nötig als bei leichter Gestörten. Eine Ausnahme davon bildeten die Probanden des 4. Clusters, die in der Regel mit Ratschlägen zurecht kamen (80-100%) und auch in der Einhaltung der Gespräche sehr zuverlässig waren (80%). Bei Cluster 5 musste die Abstinenz in der therapeutischen Beziehung quasi ständig aufgegeben werden, indem der Patient selten (23%) oder sogar öfters (54%) wieder dazu aufgefordert werden musste, in die Therapie zu kommen, wenn er längere Zeit geschwänzt hatte. Besonders häufig (31-54%) musste der Therapeut aktiv eingreifen in die Verhandlungen mit Arbeitgebern, Vermietern und Ämtern.

2. Phasen der Therapie

2.1 Anfangsphase

Eine deutliche Anfangs- und Motivationsphase war bei den meisten Patienten (80%) vom Hauptteil der Behandlung abzugrenzen. Sie dauerte im Durchschnitt 4.7 Monate. Die Statistik der eingehaltenen Konsultationen zeigte, dass diese 40 Patienten, die langfristig für eine Psychotherapie zu

motivieren waren, in der Anfangsphase ziemlich regelmässig zu den Gesprächen erschienen. Drei Viertel der Patienten hielten nahezu alle Verabredungen ein, 15% hielten mehr als die Hälfte der Konsultationen ein und nur 10% schwänzten häufiger als sie kamen. Die vordergründige Anfangsmotivation der 40 Patienten war durchaus nicht immer eine extrinsische. Ein Drittel der Patienten kam mit dem bewussten und selbständigen Wunsch nach einer Psychotherapie, wobei bei 12.5% dies kombiniert war mit dem Wunsch auch nach Sachhilfe und Medikamenten (Methadon, Entzugsmedikamente). Rund die Hälfte der Probanden befand sich in einer akuten Krise zum Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme, für die sie Hilfe (25% auch Sachhilfe und Medikamente) wünschten. Ausschliesslich wegen Medikamenten oder Sachhilfen kamen nur 15%. Ausschliesslich auf äusseren Druck kam nur eine Person, aber bei einem Viertel war der Druck von den Behörden für die Motivation mitbeteiligt, bei einem Fünftel der Druck von Angehörigen, während der Druck von Arbeitgebern für niemanden ausschlaggebend war. Die Krankheitseinsicht war bei 27.5% der Patienten gross, die gewisse Zusammenhänge zwischen ihren unbewussten Konflikten und ihrer Notlage wahrnehmen konnten. 22.5% der Patienten litten vor allem unter ihrer psychischen Störung, die sie selber schon als solche erkannten. Die andere Hälfte der Probanden hatten weniger Einsicht, sie litten vor allem unter ihrer sozialen Situation und unter den Folgeerscheinungen der Sucht oder der Delinquenz, ohne primär bei sich selber eine Störung wahrzunehmen. Ein Leidensdruck irgend einer Form war jedoch bei allen 40 Probanden beobachtet worden.

Die Anfangsmotivation der leicht gestörten Patienten Cl 1 war weniger durch akute Krisen bedingt als durch eine Mischung von selbstständigem Entschluss zur Psychotherapie, dem Wunsch nach Sachhilfe oder Medikamenten und äusserem Druck (je 44%). Die Krankheitseinsicht war bei ihnen am meisten ausgeprägt gemäss ihrer Therapeuten. Patienten mit desintegrativer Neurose Cl 2 kamen fast alle (88%) in einer akuten Krise zur Beratungsstelle. Diese hofften sie mit Medikamenten und Sachhilfe zu bewältigen (63%). Immerhin 38% äusserten den Wunsch nach einer Psychotherapie. Am wenigsten von allen war ein äusserer Druck von Behörden oder Angehörigen an der Motivation beteiligt (22%). Die depressiven Patienten Cl 3 kamen anfangs vorwiegend in einer Krise (80%) und unter äusserem Druck (60%) zur Behandlung, die sie sich als Medikation und reale Hilfe vorstellten. Die schizoiden Patienten von Cluster 4 hielten alle (100%) die ersten Konsultationen pünktlich und pflichtbewusst ein. Dementsprechend war ihre Motivation zur Psychotherapie sehr hoch (60%) und der Wunsch nach Sachhilfen relativ gering (20%). Trotz ihrer hohen Motiviertheit schien den Therapeuten die Introspektion solcher

Patienten doch sehr gering. Die Krankheitseinsicht in Zusammenhänge zwischen psychischer Störung und Notlage nämlich war in keinem Fall (0%) vorhanden. Die depressiv-narzisstischen Borderline-Patienten Cl 5 hielten schon am Anfang die Konsultationen eher schlecht ein, 30% sogar sehr schlecht. Als Motivation stand nur bei wenigen (15%) ein bewusster selbstständiger Entschluss zur Psychotherapie im Vordergrund, der Wunsch nach Medikamenten und Sachhilfe (54%), der Druck einer akuten Krise (46%) und der äussere Druck von Behörden und Angehörigen (38%) dominierten. Fast alle Patienten Cl 5 litten stark an ihrer sozialen Situation, jedoch war ein Krankheitsbewusstsein (31%) oder gar eine Einsicht in unbewusste Konflikte (15%) als Verursacher der Störung nur bei wenigen vorhanden.

2.2 Mittlere Phase

In der Hauptphase der Therapie, in der das Durcharbeiten der Konflikte anstand, sank die Zahl der Patienten, die ihre Konsultationen regelmässig einhielten um rund 20% in allen Clustern. Eine Weiterentwicklung zu mehr Motivation war in 85% der Fälle zu beobachten. 40% der Probanden hatten später Einsicht in ihre Störung und waren auch neugierig, die Gründe dafür zu analysieren. Die Mehrheit (70%) empfanden einen grossen Leidensdruck, der sie zur Therapie motivierte. Gelegentlich für andere therapiefremde Zwecke wurde die Behandlung von 20% Probanden missbraucht, die aber zugleich trotzdem auch eine intrinsische Motivation aufwiesen. Nur 7.5% der Probanden lösten in ihren Therapeuten das Gefühl aus, die Therapie werde missbraucht, um vor der Justiz gerechtfertigt zu erscheinen, oder um Methadon zu bekommen. In der Hauptphase der Therapie wurde der Kontakt zum Therapeuten für viele Patienten sehr wichtig. Eine intensive libidinöse Grund-Beziehung hatten 55% der Patienten und 57% brauchten den Therapeuten als Stütze des Selbstwertgefühls. Für 20% war der Therapeut leider die einzige Bezugsperson, zu der überhaupt eine engere Bindung bestand. Nur 12.5% betrachteten den Therapeuten als eine weniger wichtige Person in ihrem Leben.

Während grosser Leidensdruck in jedem Cluster sehr verbreitet war, entwickelte sich Krankheitseinsicht und Neugier über die Tiefen der eigenen Persönlichkeit bei den weniger gestörten Probanden mehr als bei den andern. In allen Clustern entwickelte eine Mehrheit von Patienten eine intensive Beziehung zum Therapeuten, wobei für die schwerer gestörten Probanden diese Beziehung eher noch wichtiger war als für die andern, auch als Stütze des Selbstwertgefühls oder weil der Therapeut die einzige Bezugsperson war. Besonders gross war der Zuwachs in der Anzahl Personen, die Neugier und

Einsicht entwickelten in den Clustern 2 & 4. Gleichzeitig war bei denen besonders häufig der Therapeut die einzige Bezugsperson. Bezüglich Einsicht, Leidensdruck und Intensität der therapeutischen Beziehung standen die depressiven Probanden des 3. Clusters nicht hinter andern zurück, jedoch war bei der Weiterentwicklung der Motivation ein gravierender Schönheitsfehler zu verzeichnen. Fast alle (80%) missbrauchten die Behandlung auch für therapie-fremde Zwecke im Urteil ihrer Therapeuten und sie hatten den grössten Prozentsatz an Personen, die keinen Motivationswandel nach Behandlungsbeginn durchmachten. Die Probanden von Cluster 4, obwohl sie zu Anfang der Therapie wenig Einsicht in ihre Psychodynamik hatten, hielten den regelmässigen Besuch der Konsultationen (80%) am besten durch von allen Gruppen. Auch die depressiv-narzisstischen Cl 5 hatten einen Anteil an "Therapiemissbrauchern" und Personen ohne Wandel in der Anfangsmotivation allerdings nur halb so viele wie Cluster 3.

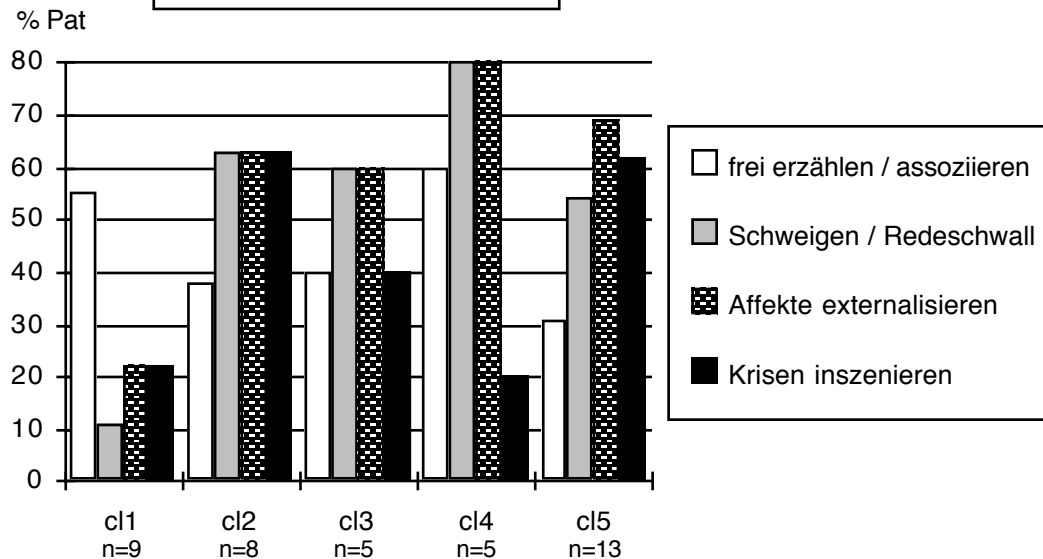
2.3 Widerstand innerhalb der Stunden

Der Widerstand innerhalb der Stunden war in einer Mehrheit der Fälle gekennzeichnet durch ein "kleines Agieren". Wirkliches "freies Assoziieren" gelang eigentlich nur 17.5% der Patienten, während immerhin 37.5% unter normaler neurotischer Verdrängung frei erzählen konnten. Der Gesprächsfluss und die Interaktion mit dem Therapeuten waren durch exzessives, trotziges Schweigen bei 20% aller Patienten gestört, und umgekehrt neigten 32.5% zu einem Redeschwall, der dem Therapeuten keinen Raum zu Bemerkungen mehr liess. Auch Schwänzen in kritischen Zeiten wurde von fast der Hälfte der Leute als Widerstand eingesetzt. Inhaltlich wollte eine Mehrheit der Patienten den Therapeuten und ihre eigenen unbewussten Regungen kontrollieren, indem sie ausschliesslich über reale Tatsachen oder über Symptome sprachen und alle Phantasien möglichst im Dunkeln liessen (62.5%). Einige Patienten (32.5%) neigten auch dazu, wichtige Dinge zu verheimlichen oder den Therapeuten manchmal anzuschwindeln. Viele Probanden hatten Schwierigkeiten, Affekte als Signal wahrzunehmen und aushalten zu können. Sehr häufig wurden daher in der Stunde Mechanismen eingesetzt, die auf introjektiv-projektiver Basis funktionierten, um die Affekte unter Kontrolle halten zu können. Die Häufigsten waren: das Abladen von unangenehmen Erlebnissen und Gefühlen auf den Therapeuten, der sich dann wie ein "Kehrichteimer" fühlen musste (35%) und das Inszenieren von Stimmungen und Situationen, in denen der Therapeut anstelle des Patienten von dessen Affekten überschwemmt wurde und nun der Patient "befreit" zuschauen konnte, wie der Therapeut diese zu bewältigen hatte (35%). Ein anderer Widerstand, der oft vorkam (keine Zahlen), war das

Erzählen des wichtigsten Materials ganz am Schluss der Stunde unter der Türschwelle. Zum "grossen" Agieren mit ernsthaften Konsequenzen gehörte das Überschwemmen der Therapie mit schwerwiegenden Notsituationen und sozialen Konflikten, so dass der Therapeut ständig mit "Feuerwehrrübungen" beschäftigt war und es nicht zum Durcharbeiten innerer Prozesse kommen konnte (45%). Eine weitere Begleiterscheinung dieser Behandlungen, die sehr oft auftauchte und einerseits durch das grosse Agieren bedingt war, andererseits vielleicht einfach die mangelnden Ich-Funktionen der Patienten spiegelte, ist der Umgang mit dem sozialen Umfeld des Patienten. Vielfach meldeten sich Eltern (22.5%), Partner (27.5%), Geschwister oder Freunde (10%), Arbeitgeber (30%) oder Ämter (30%) ungefragt beim Therapeuten und wollten über den Patienten informiert oder beraten werden.

Wie die Graphik (Abb.17) zeigt, war den leicht gestörten Patienten Cl 1 qualitativ am ehesten ein normales Gespräch oder sogar ein freies Assoziieren in den Stunden möglich. Der Widerstand äusserte sich kaum im formalen Missbrauch der Sprache (Schweigen, Redeschwall). Inhaltlich zeigte sich der Widerstand indem zwei Drittel der Patienten oft nur über Teilaspekte der Realität oder über ihre Symptome reden wollten und (22%) manchmal wichtige Tatsachen verheimlichten oder logen. Der agierende Widerstand äusserte sich vor allem (44%) im Schwänzen. Seltener im Vergleich zu den andern Gruppen kamen Externalisierung von Affekten und das Inanspruchnehmen der Therapiestunde mit Krisen (22%) zum Tragen. Auch das Einbeziehen von Angehörigen in die therapeutische Beziehung im Dienste des Widerstands oder auch durch agierendes Verhalten ausserhalb der Stunde kam in dieser Gruppe verhältnismässig weniger vor. Wie die Graphik zeigt, unterschieden sich die Cluster 2-5 bezüglich der Widerstände nicht so sehr voneinander.

Abb.17: Widerstände der Cluster



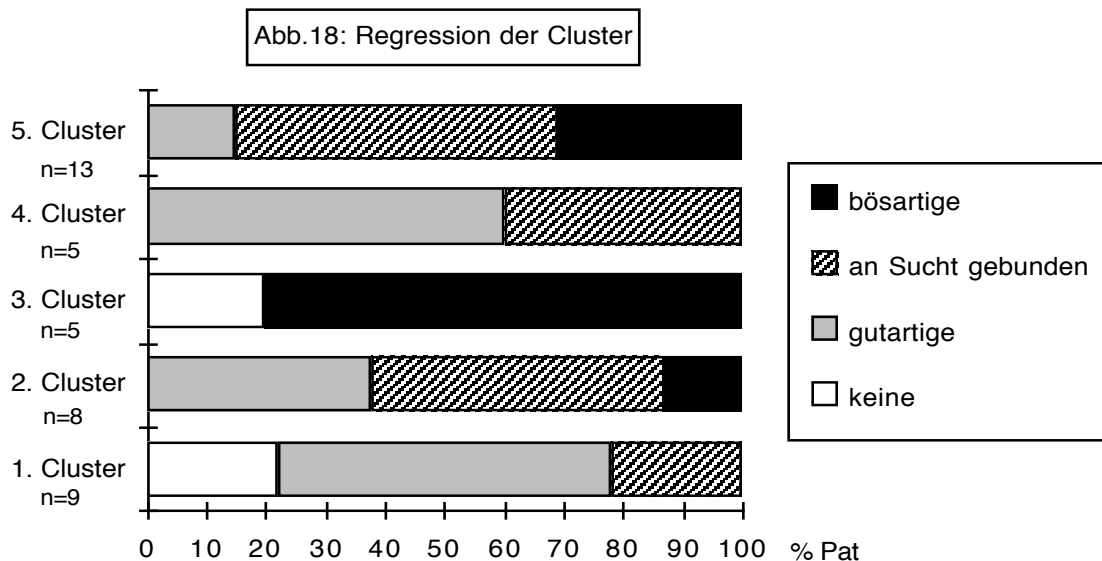
Bei den desintegrativen Neurotikern Cl 2 musste immer das Umfeld beraten werden (100%), das sich ungefragt beim Therapeuten meldete oder vom Patienten plötzlich mitgebracht wurde (Verwandte oder Partner: 88%, Ämter: 50%). Beim 3. Cluster (depressive Patienten) besonders häufig im Vergleich zu den andern Gruppen zeigte sich das ausschliessliche Reden über Teilaspekte der Realität oder Symptome (80%) sowie das Schwindeln, Verheimlichen und Lügen (60%). Die schizoiden Patienten von Cluster 4 setzten sehr intensiv agierende Widerstände innerhalb der Therapiestunde ein, wie gestörter Redefluss und Exkorporation von unangenehmen Affekten, jedoch stürzten sie nicht so häufig wie andere schwer gestörte Personen in Krisen. Bei Cluster 4 mussten kaum Angehörige (0%), Arbeitgeber (0%) oder Ämter (20%) in die Beratung einbezogen werden. Beim 5. Cluster trat Schwänzen als Widerstand, wie man schon anhand der ausgefallenen Konsultation erraten kann, am häufigsten von allen Gruppen (62%) auf. Einer der häufigsten charakteristischen Widerstände dieses Clusters, der die Therapeuten oft mit Hoffnungslosigkeit und Ohnmacht erfüllte, waren die wiederkehrenden "Feuerwehrrübungen" zur Rettung aus ständig neuen Notsituationen und Konflikten, die ausserhalb der Therapiestunde inszeniert wurden. Deshalb konnte natürlich oft (62%) auch gerade nur über die soziale Realität und die Symptome gesprochen werden. Häufig (54%) wurden die Therapeuten in Stimmungen oder Situationen "hineingezogen", in denen sie selber von Affektüberschwemmung bedroht waren.

2.4 Übertragung und Regression

Die Übertragung, die natürlich in keiner Therapie konstant bleibt, war bei fast der Hälfte der Patienten (45%) auch auf dem ödipalen Niveau der Objektbeziehung. Die narzisstischen Übertragungen wurden hier in den Kategorien von Kohut zusammengefasst, wobei die idealisierende Übertragung oben ausschwang mit 57.5%. Auch die Spiegelübertragung (27.5%), in der der Patient sich vom Therapeuten besonders viel narzisstische Bestätigung erhofft und die Verschmelzungsübertragung (20%), in der die Ich-Grenzen durch symbiotische Wünsche stark verwischt werden, kamen oft vor. Seltener war hingegen die wenig objekt-orientierte Alter-Ego- oder Zwillingsübertragung. In diesen Konstellationen spiegelte sich wieder der intensive Beziehungswunsch der meisten hier untersuchten Patienten. Gleichzeitig traten natürlich auch heftige Abwehrtendenzen gegen die Übertragungsbeziehung auf. Typische Übertragungsabwehren waren: anklammernde Ambivalenz (40%), betonte "Unabhängigkeits-Gesten" (40%), eine generell misstrauische Haltung (30%) in allen Clustern gleichmässig, das Verheimlichen von Übertragungsgefühlen (17.5%), Seltener (10-15%) waren die Abwehr der Bindung an den Therapeuten, die offen negative Übertragung und der Missbrauch des Therapeuten als Komplizen. Die offen negative Übertragung trat dann auf, wenn eine idealisierende Übertragung vorübergehend zusammengebrochen war. Eine gewisse Regression des Ich war in den meisten Behandlungen zu beobachten. Keine regressiven Phasen hatten lediglich 7.5% der Patienten. Gutartige regressiv Phasen "im Dienste des Ich" waren in einem Drittel aller Fälle zu verzeichnen. Weitere 37.5% der Probanden lebten die Regression vornehmlich in ihrer Sucht aus, ohne dass es zur Katastrophe gekommen wäre. 22.5% der Patienten fielen im Lauf der Behandlung in eine bösartige regressiv Spirale. Bei 15% aller Patienten führte eine solche Regression zu einem kompletten Misserfolg und Abbruch der Behandlung durch den Therapeuten. Bei den 7.5% der andern übermässig regredierte Patienten befand sich die Therapie in einer Pattsituation und konnte nicht mehr beendet werden. Solche Pattsituationen wurden erst beendet, wenn der Therapeut die Institution verliess (1 Patient). Nur ein Patient konnte sich ein bisschen von der Regression erholen, wobei der Ausgang schlussendlich immer noch sehr ungewiss war.

Alle Cluster ausser dem vierten hatten ungefähr die Hälfte der Personen mit ödipalen oder gemischt ödipal/narzisstischen Übertragungen. Im 1. Cluster war die Übertragung bei einigen Probanden (22%) wenig spürbar und andere (22%) versuchten sie zu verheimlichen. Mehr als die Hälfte (56%) gaben sich "betont unabhängig". Anteile der negativen Übertragung traten seltener

auf als in den andern Gruppen. Die Übertragungs-Abwehr, in der sich der Patient betont unabhängig zeigte, war im Cluster 2 wie nirgends sonst ausgeprägt (75%). Deutlich spürbar waren auch die negativen Übertragungskomponenten: die Hälfte zeigte anklammernde Ambivalenz und ein Viertel offen negative Übertragung. In der Übertragung wirkten die depressiven Probanden Cl 3 an sich kaum anders als die andern, bis auf die häufigere Entwertung des Therapeuten als Komplizen für therapiefremde Zwecke (40%). Die Probanden des 4. Clusters zeigten mehrheitlich rein narzisstische Übertragungen, jedoch trat die negative Übertragung vergleichsweise gemässiger und weniger häufig auf. Beim 5. Cluster waren Übertragungsabwehren und Anteile negativer Übertragung besonders spürbar für den Therapeuten. Ausgeprägt war die anklammernde Ambivalenz (62%) und den Missbrauch des Therapeuten als Komplize (23%).



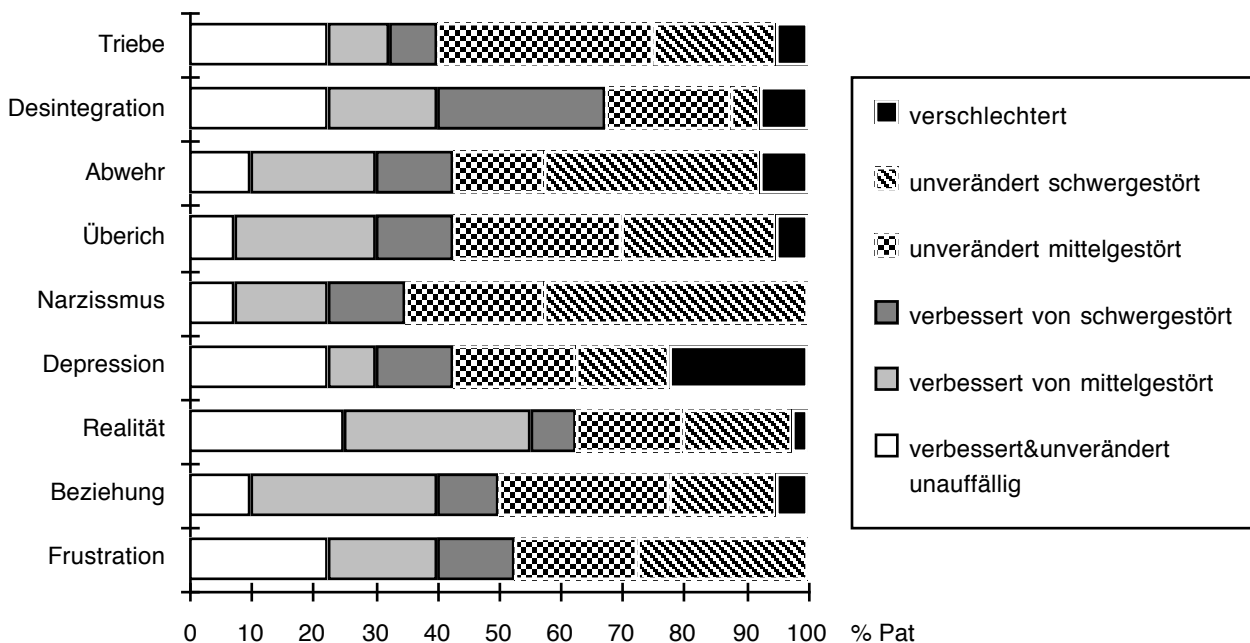
Punkto Regression (Abb.18) war die leicht gestörten Gruppe am wenigsten gefährdet: 22% hatten gar keine Regression, 56% eine gutartige, die im Dienste der Behandlung stand und bei den restlichen 22% wurde die Regression von der Sucht kompensiert. Keiner hatte eine böartige Ich-Regression. Alle Probanden der desintegrativen Gruppe Cl 2 hatten eine Neigung zur Regression. Von einer gutartigen Regression konnte man bei 38% sprechen, 13% (1 Patient) von einer eher Böartigen. Die Hälfte der Patienten (50%) lebte ihre Regression mit Hilfe der Sucht aus. Cl 3 Bei einer Person (20%) trat keine Regression auf. Bei den andern (80%) bemerkten die Therapeuten eine böartige regressive Spirale, die die Behandlung gefährdete. Cl 4 Regression trat mehrheitlich (60%) in ihrer gutartigen Form im Dienste der Therapie auf, oder war (40%) an die Sucht gebunden. Böartige Regressionen traten keine auf. Die

Möglichkeit im geschützten Rahmen der Therapie eine gutartige Regression einzugehen, war bei den wenigsten depressiv-narzisstischen Patienten von Cluster 5 (15%) vorhanden. Mehr als die Hälfte (54%) lebte die Regression an der Sucht aus, und 31% regredierte in eine bösartige Spirale.

3. Gesamterfolg am Schluss des betrachteten Zeitraums

3.1 Veränderungen der Psychodynamik

Abb.19: Behandlungserfolg Psychodynamik (Stichprobe n=40)



Die neun operationalisierten Kriterien wurden noch einmal für die letzte Zeit der betreffenden Therapien in einer ordinalen Skala über allfällige Veränderungen untersucht. "Verbessert" war in dem Sinn gemeint, dass die selbstschädigende Komponente der Symptomatik sich verringert hatte und die Arbeits- und Genussfähigkeit sich erhöht hatte. In allen Dimensionen hatten die 40 Probanden zwischen 35% und 70% Verbesserungen (vgl. Abb.19). Besonders markant verbessert hatten sich die Realitätsprüfung und Desintegra-

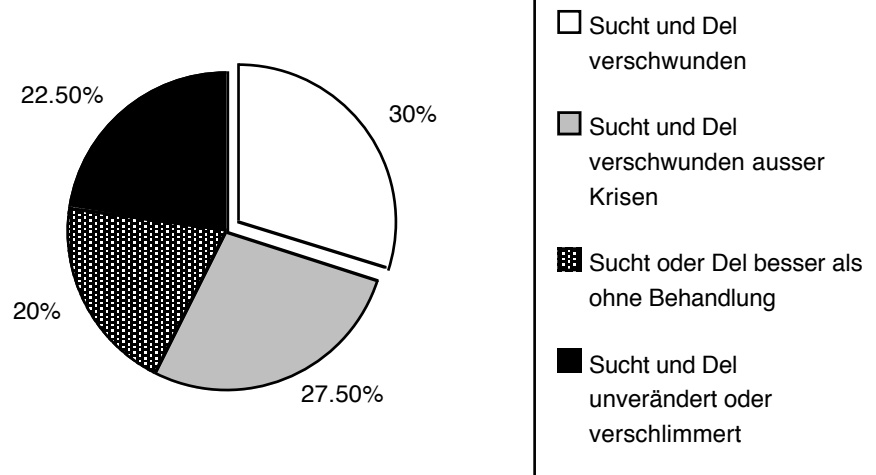
tionstendenz.(über 60%). Stagniert hatten am meisten die narzisstische Störung und verschlechtert in fast ein Viertel der Fälle hatte sich die Depressivität, also der von Rauchfleisch genannte "Kern" der Störung.

Die am wenigsten gestörten Probanden des 1. Clusters konnten am meisten von der Behandlung in psychodynamischer Hinsicht profitieren. Verbesserung und unauffälliges Niveau schwankten je nach Dimension zwischen 66% und 100%. Verschlechterungen gab es mit einer Ausnahme bei diesen Patienten kaum zu verzeichnen. Auf die Personen bezogen verbesserten sich 44% der Patienten in jeder Hinsicht! Bei allen andern Clustern waren Verbesserungen, unveränderter Zustand und Verschlechterungen über die Probanden und die Variablen sehr breit gestreut. Tendenziell fanden die Verschlechterungen immer an den Schwachpunkten eines Clusters statt. Beispielsweise verschlechterte sich die Depressivität des 3.Clusters bei 60% der betroffenen Personen. Umgekehrt war es aber nicht so, dass sich die Probanden nur etwa in denjenigen Dimensionen verbessert hätten, in denen sie vorher relativ weniger beeinträchtigt gewesen waren. Beispielsweise im Cluster 5 fanden die Verbesserungen in der narzisstischen Störungen bei 31% der Patienten statt, die alle schwer gestört gewesen waren, während bei den nur mittelschwer gestörten (15%) Probanden von Cl 5 keine Verbesserung der narzisstischen Struktur vorkam. Patienten im 2. Cluster, die sich verbesserten (88%), konnten dies nur in einzelnen (2-4) Dimensionen und nicht im gesamten Spektrum. Bei Cluster 4 hatten 80% breitere Verbesserungen (4-6 Dim). Bei 31% der schwerst gestörten Patienten von Cluster 5 konnten breitgestreute Verbesserungen in der Psychodynamik (5-8 Dim) beobachtet werden.

3.2 Symptomatische und psychosoziale Veränderungen

Der Therapieerfolg für Sucht und Delinquenz wurde in vier ordinalen Kategorien (Abb. 20) zusammengefasst. Die erste umfasste diejenigen Patienten (30%), deren Delinquenz vollständig verschwunden war und gleichzeitig deren Sucht entweder als geheilt oder als stabil mit Methadon bezeichnet werden kann. Diese erfolgreichen Patienten durften auch keine Suchtverlagerung aufweisen. An zweiter Stelle kamen Patienten (27.5%), bei denen Sucht und Delinquenz in der Regel verschwunden waren und nur während Krisen als Rückfälle auftraten. Bei der Mehrheit dieser Probanden war die eine der beiden Symptomatiken (Sucht & Delinquenz) verschwunden und nur die andere trat in Krisensituationen noch auf.

Abb.20: Behandlungserfolg bei Sucht und Delinquenz
(Stichprobe n=40)



Die dritte Kategorie bestand aus Personen (20%) mit einem Teilerfolg, bei denen sich Delinquenz und Sucht nur gebessert hatten durch die Behandlung oder eines der beiden Symptome noch weiterbestand allerdings ohne Verschlechterung. Schliesslich bildeten die vierte Kategorie die Patienten (22.5%) bei denen Sucht und Delinquenz unverändert weiterbestanden trotz Therapie oder eine der beiden Symptomatiken sich verschlimmert hatte.

Die Delinquenz allein war bei 47.5% der Patienten vollständig verschwunden und die Sucht allein bei 12.5%, während 25% sich durch die Methadonsubstitution stabilisiert hatten und keine harten Drogen mehr einnahmen. Nur noch in Krisensituationen aufgetreten war die Delinquenz in 20% der Fälle, die Sucht in 25%. Dazu gehörten die drei nicht heroinabhängigen Patienten, die auf eine Substitution ihrer Sucht verzichten mussten. Einen minimalen Erfolg in der Bekämpfung der Sucht verzeichneten 5%, die besser als ohne Behandlung zurecht kamen, aber doch öfters betäubt waren. Unverändert oder verschlimmert bestand die Delinquenz bei 31.8% der Patienten, die Sucht bei 30%. Ein Viertel der Stichprobe hatte eine Suchtverlagerung durchgemacht. Von den Patienten, die in Krisen oder auch sonst noch zu Betäubungsmitteln griffen (60%), hatten mehr als die Hälfte (37.5% aller) eine Suchtverlagerung durchgemacht. Davon entfielen mit Überschneidungen auf Benzodiazepine 22.5%, auf Alkohol und Kokain je 10% und auf Barbiturate 5%. Von den stabilen Patienten hatten zwei (5%) eine Suchtverlagerung (1 Benzodiazepine, 1 Alkohol). Zur Überprüfung des Erfolgs im

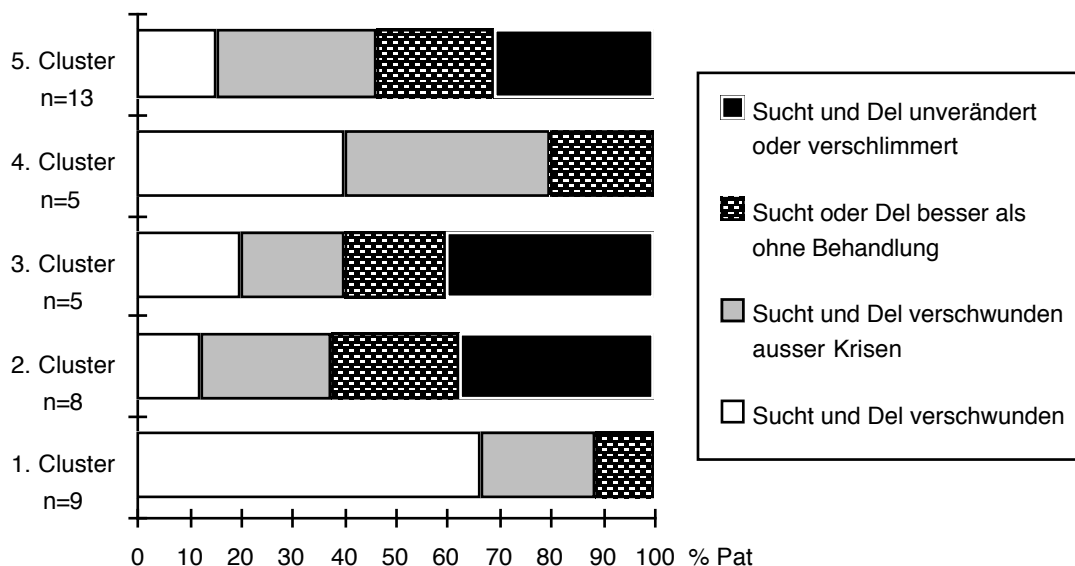
Suchtbereich wurden die Urinkontrollen des letzten halben Jahres der Behandlung hinzugezogen, sofern sie erreichbar waren (82.5%). Da sie mit der Einschätzung der Therapeuten sehr weitgehend übereinstimmten, kann man davon ausgehen, dass dies auch bei den restlichen 12.5% der Fälle zutrifft. Ein Viertel der Patienten (25%) waren am Schluss des Zeitraumes voll arbeitsfähig und im gelernten Beruf tätig, 5% sogar in gehobener Position. 5% der Patienten mussten bei der Arbeit einen gewissen sozialen Abstieg vom Niveau des gelernten Berufs in Kauf nehmen. 17.5% arbeiteten reduziert temporär oder teilzeitlich, oder sorgten als Hausfrau für ihr Kind. Arbeitslos waren ein Viertel der Patienten und die Invalidenrente bezog ein letztes Viertel (27.5%). Der Anteil arbeitsunfähiger Patienten hatte sich im Laufe der Behandlung kaum verändert, aber es hatte eine Umverteilung stattgefunden. Nur 35% der Patienten waren in der selben Arbeitsposition wie am Anfang der Behandlung, 22.5% waren sozial aufgestiegen; insbesondere konnten sich 17.5% aus der Arbeitslosigkeit befreien. Beruflich abgestiegen waren ebenfalls 17.5% der Patienten und weitere 22.5% wurden im Laufe der Behandlung als invalid diagnostiziert und erhielten eine Rente. Diese waren fast alle (20%) am Anfang der Therapie arbeitslos gewesen. Die Wohnsituation hatte sich bei 40% der Patienten verbessert und kaum je (5%) verschlechtert. Prostitution war am Schluss der Behandlung selten geworden: 85% nie mehr gegenüber 45% am Anfang! Je 5% prostituierten sich, um Bekanntschaften zu schliessen, respektive in psychischen Krisen und nur noch 5% gingen gewerbsmässig oder regelmässig auf den Strich (vs. 27% am Anfang).

Das Ablegen der delinquenten und süchtigen Symptome war nicht gleichmässig mit der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit verbunden. Von den erfolgreichsten Patienten waren 75% arbeitsfähig, davon waren knapp die Hälfte auf dem gelernten Beruf Vollzeit tätig. Von den gebesserten Patienten, die allenfalls in Krisen auf die alten delinquenten oder süchtigen Verhaltensmuster zurückgriffen, waren aber nur 27% arbeitsfähig (alle vollberuflich). Von den Patienten mit Teilerfolg, bei denen entweder Sucht oder Delinquenz bessert waren, waren die Hälfte meist reduziert arbeitsfähig. Von den unveränderten oder verschlimmerten Patienten waren immer noch erstaunliche 33% reduziert arbeitsfähig. Prostitution beschränkte sich auf Probanden deren Symptomatik sich nur teilweise oder nicht verbessert hatte. Auch zeigten die erfolgreicheren Patienten, die nicht mehr oder nur in Krisen delinquent oder betäubt waren sehr oft (65%) beträchtliche psychodynamische Veränderungen indem mindestens 4 Dimensionen verbessert waren. Demgegenüber zeigten die andern Patienten nur bei 12% solche psychodynamischen Veränderungen.

Der Erfolg derjenigen Frauen, die antisoziale Züge in ihrer Partnerschaft auslebten und ihre Männer zum Suizid anstifteten, war zum Zeitpunkt der Untersuchung noch unterschiedlich, meist ungünstig beurteilt worden. Ein Jahr später waren jedoch alle Behandlungen gescheitert. Drei Viertel der Behandlungen endeten als Katastrophen (1 Patientin ist mittlerweile selber verstorben), eine Behandlung ist nicht mehr zu beenden wegen dem miserablen Zustand der Patientin und alle stellten für den Therapeuten eine schwere Belastung dar.

Die HIV-Infektion wirkte sich nur wenig auf die Erfolgsquote aus. Gleich viele HIV-positive wie HIV-negative Patienten hatten einen sehr guten Behandlungserfolg und gleich viele waren nur noch in Krisen anfällig für süchtiges oder delinquentes Verhalten. Jedoch konnte man feststellen, dass bei den weniger erfolgreichen Patienten, sich die HIV-Positiven viel weniger gehen liessen als die negativen! Von den HIV-Positiven waren 26% immerhin in einer Hinsicht gebessert und nur 16% unverändert oder verschlechtert, während bei den HIV-Negativen das Verhältnis genau umgekehrt war (14% gebessert & 29% unverändert).

Abb.21: Erfolg der Cluster in Sucht und Delinquenz



Bei den Clustern sah man erstaunliche Unterschiede¹. Der symptomatische Erfolg war nur bedingt mit der Schwere der Störung verbunden. Die Patienten des 1. Clusters waren fast alle sehr erfolgreich und 56% arbeiteten. Wider Erwarten waren Patienten des 4. und 5. Clusters erfolgreicher als die Patienten vom 2. und 3. Cluster bei der Bekämpfung der Sucht

¹Legende der Einteilung in 4 ordinale Kategorien vergleiche Abb.20 (S.113)

und Delinquenz. Die Hälfte der Patienten von Cl 2 hatten "Abstürze" in Krisenzeiten. Eine Patientin (als unveränderte Sucht notiert) hatte durchwegs negative Urinkontrollen, die nach Meinung des Therapeuten gefälscht waren. Nur ein (13%) war stabil mit Methadon. Bei der Delinquenz zeigte sich ein ähnliches Spektrum von Misserfolgen: die Hälfte delinquierte unverändert oder mehr denn je. Die Arbeitssituation hatte sich nur unwesentlich verändert, indem jetzt 50% (vorher 38%) der Patienten irgendwie arbeiteten, aber alle irgendwie reduziert. Vor den Arbeitenden waren leider 75% in ihrer Sucht oder Delinquenz nicht gebessert. Einzig die Prostitution, die ging mit der Behandlung entscheidend von 50% auf 13% (nur in Krisen) zurück. Eine Patientin von Cluster 3 lag in der Zeit der Evaluation im Sterben und war permanent bettlägerig, so dass Delinquenz nicht mehr in Frage kam; sie versuchte bis zuletzt an alle verfügbaren Medikamente heranzukommen. Von den andern vier Patienten wurde einer nach sehr langer Therapie (25%) als mehr oder weniger geheilt bezeichnet (von den Urinkontrollen bestätigt), wobei eventuell eine Suchtverlagerung auf Alkohol nicht auszuschliessen war. Bei den andern 75% hatte sich die Sucht nicht verändert oder sogar verschlimmert, und zwei dieser süchtigen Patienten delinquierte nach wie vor. Einer der noch süchtigen Patienten arbeitete regulär, alle andern Probanden dieser Gruppe lebten von der Sozialhilfe oder bezogen eine Invalidenrente. Einziger Erfolg zeigte die Behandlung im Hinblick auf die Prostitution, keiner der depressiven Probanden ging mehr auf den Strich, obwohl vorher immerhin alle Frauen dieses Clusters (80%) dies getan hatten. Zusammenfassend stellte sich die Situation der desintegrativen und depressiven Patienten entgegen den Erwartungen als sehr bedenklich dar. In Cluster 4 hingegen wurden mehr positive Veränderungen in Delinquenz und Sucht notiert: 80% waren entweder stabil oder nur in Krisen rückfällig und prostituierten sich nie mehr. Ein Patient, der die Behandlung vorzeitig verliess, verhielt sich immerhin angepasster als ohne Behandlung in Sucht, Delinquenz und Prostitution, die nicht ganz verschwunden waren. 60% der Patienten arbeiteten, wobei 40% auf dem gelernten Beruf. Bei Cl 5 ergaben die symptomatischen Veränderungen beinahe zwei klar umrissene Teilgruppen, die eine (46%) war relativ erfolgreich, die andere (54%) gar nicht. Von erfolgreicheren Probanden delinquierte nur noch einer in Krisenzeiten und drei (23% des Clusters 5) waren in ihrer Sucht geheilt oder vollständig stabil mit Methadon (durch die Urinkontrollen bestätigt). Die andern drei waren stabil bis auf vereinzelte Abstürze während Krisen, wobei zu sagen ist, dass zwei dieser drei Patienten nicht heroinsüchtig waren und deshalb auch kein Suchtersatzmittel bekamen, so dass die Abstürze angesichts ihrer sonstigen vollständigen Abstinenz vom Suchtmittel

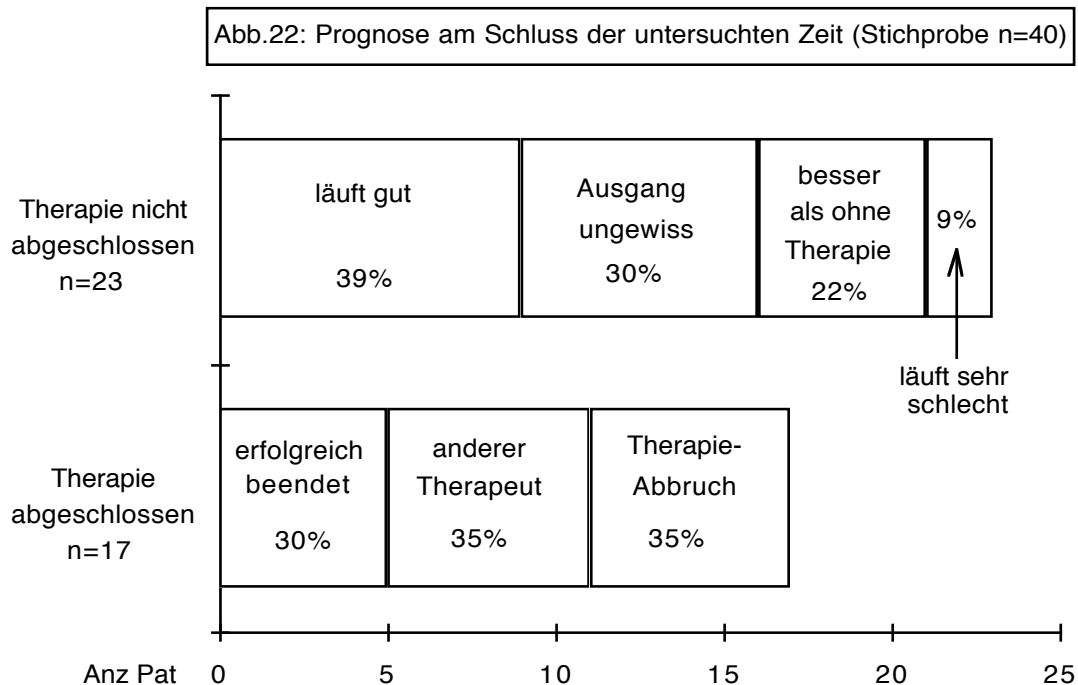
(Alkohol und Tabletten in beiden Fällen) sicher milder bewertet werden müssen als bei Methadonpatienten. Die eine Patientin, die ihre Therapie und ihre Ausbildung abgeschlossen hatte, kann als vollständig geheilt betrachtet werden, was jetzt schon seit einigen Jahren anhält. Die andere erfolgreiche Patientin hatte später beim Übertritt ins Berufsleben leider wieder einen Rückfall und begab sich erneut in Behandlung. Zwei der ansonsten erfolgreichen Probanden hatten allerdings eine gewisse Suchtverlagerung auf Alkohol oder Medikamente durchgemacht. Kein Proband dieser Teilgruppe prostituierte sich. Von dieser Teilgruppe bezog die Hälfte eine IV-Rente, die andere Hälfte arbeiteten regulär in ihrem gelernten Beruf, eine Patientin sogar in leitender selbständiger Position und die zwei andern hatten während der Behandlung erfolgreich eine Ausbildung mit anerkanntem Lehrabschluss absolviert. Die weniger erfolgreichen der depressiv-narzisstischen Patienten waren leider in einem traurigen Zustand. Alle hatten zu der in meist (38% von Cl 5) unveränderten Sucht eine Suchtverlagerung durchgemacht und ebenfalls 38% (von Cl 5) delinquierte weiter, 21% gingen auf den Strich. In der nicht so erfolgreichen Teilgruppe arbeiteten nur zwei Personen (15%) temporär oder Teilzeit.

4. Abschluss der Therapie und Prognose

Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren 57.5% der Therapien noch nicht beendet (vgl. Abb.22). Von den nicht abgeschlossenen Therapien wurden 39% als gut laufend, erfolversprechend bezeichnet. Über den zukünftigen Ausgang ungewiss waren sich die Therapeuten bei 30%. 22% der Behandlungen waren ausschliesslich stützend geworden, da die Patienten zwar wenig erfolgreich aber dennoch besser als ohne Therapie funktionierten. Eine Notlösung stellte die Therapie, die nicht mehr zu beenden war, weil der Patient derart Angst hatte, bei 9% dar.

Das Arrangement des Therapieendes, das in der Abhandlung von Rauffleisch schamhaft verschwiegen wurde, war bei 12.5% aller Patienten (30% der abgeschlossenen) ein regulärer Abschluss in beiderseitigem Einverständnis. Alle konnte man geheilt von Sucht und Delinquenz bezeichnen. Allerdings hatten die Therapeuten den Eindruck, diese Patienten brauchten später doch noch weitere Psychotherapie zur restlosen Aufarbeitung ihrer Störung. In 15% der Fälle (35% der abgeschlossenen) musste die Behandlung bei jemand anderem weitergeführt werden, weil der Therapeut die Institution verliess. Bei 15% der Patienten (35% der abgeschlossenen) wurde die Behandlung vom Therapeuten abgebrochen weil der Patient schwer regrediert war und die Symptomatik sich verschlimmert hatte. Oft geschah der

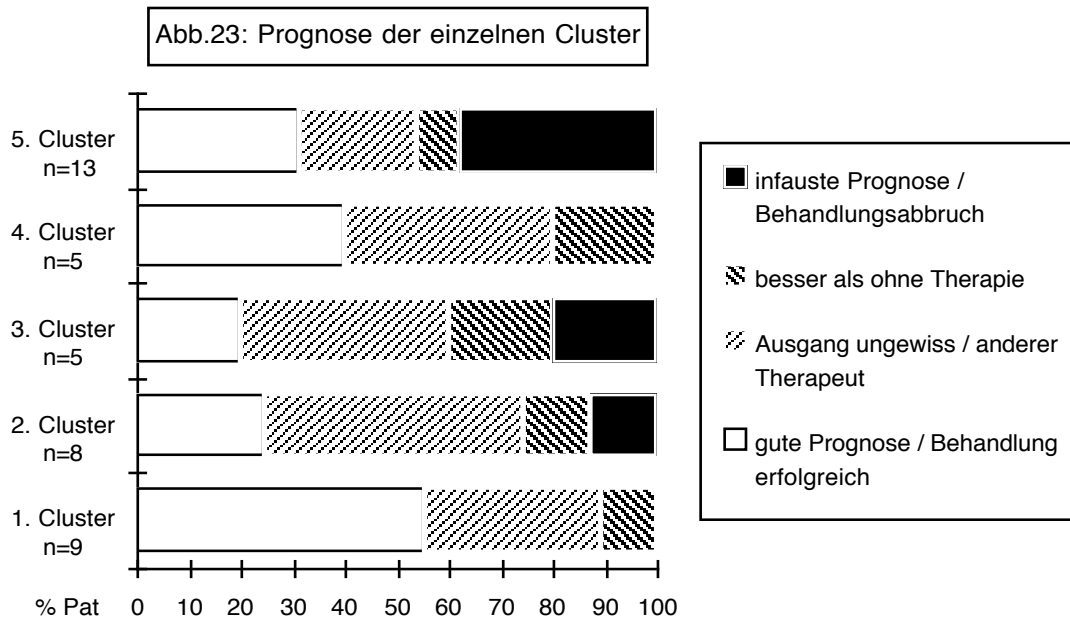
Abbruch einer ungut verlaufenen Behandlung nach einem besonders eklatanten Vorkommnis, mit dem sich die Patienten unbewusst selber die weitere Methadonbehandlung verunmöglichten. Einige mussten in der Abbruchszeit wegen akuter Selbstgefährdung vorübergehend zwangshospitalisiert werden. Die meisten der abgebrochenen Behandlungen wurden letztlich anderswo, oft stationär, weitergeführt.



Die Abschlussphase war bei 26% der Abgeschlossenen mit einem Monat sehr kurz, was sicher als überstürzt gelten muss und immer auf einen Behandlungsabbruch zurückzuführen war. Bei 39% dauerte die Abschlussphase, die geplant worden war, zwischen 3 und 8 Monaten, bei 9% ein Jahr und länger. Fast die Hälfte (47%) der abgeschlossenen Patienten kamen auch in der letzten Zeit noch sehr regelmässig in die Stunde. Weitere 17% kamen immerhin mehr als jedes zweite mal. So waren einige Patienten fähig, die bevorstehende Trennung vom Therapeuten durcharbeiten. Eine Minderheit von 9% kam praktisch nie mehr und liess so die Therapie "versanden".

Bei Cluster 1 standen die gute Prognosen in Übereinstimmung mit dem Behandlungserfolg bei der Reduktion der Delinquenz und Sucht (vgl. Abb.23). Ein Proband hatte regulär abgeschlossen und zwar nach vollständiger sozialer und symptomatischer Rehabilitation. Bei Cluster 2 waren die Prognosen mehrheitlich ungewiss. Genau die Hälfte der Behandlungen dieses Clusters waren abgeschlossen: zwei (25%) weil der Therapeut die Institution verliess, eine weil der

Patient wegzog. Diese drei Behandlungen wurden aber bei andern Therapeuten ambulant weitergeführt. Eine Behandlung endete in einer Katastrophe und musste abgebrochen und stationär weitergeführt werden. Von den vier nicht abgeschlossenen Behandlungen gaben die Therapeuten zwei symptomatisch erfolgreicherer Patienten eine gute Prognose, den andern eine ungewisse.



Von den depressiven Patienten (Cl 3) hatten 40% die Therapie noch nicht abgeschlossen; deren Prognose wurde in beiden Fällen als unsicher bezeichnet. Ein Patient (20%) hatte regulär abgeschlossen, ein weiterer Patient lag im Sterben und wurde später anderswo weiterbetreut. Ein Patient wurde nach einer schwierigen Behandlung hinausgeworfen nachdem er sich durch sein Agieren in der Institution weitere Behandlung verunmöglicht hatte. 60% der Behandlungen von Cluster 4 waren noch nicht abgeschlossen, davon wurde einem Patienten eine gute Prognose gestellt, den andern zwei eine ungewisse. Eine Behandlung wurde bei einem neuen Therapeuten weitergeführt als der alte die Institution verliess und eine Behandlung (20%) wurde vom Patienten beendet. Diese beiden wurde von den betreffenden Therapeuten als einigermaßen erfolgreich aber zu früh beendet, bezeichnet. Knapp die Hälfte (46%) der depressiv-narzisstischen Patienten (Cl 5) hatten die Therapie noch nicht abgeschlossen. Davon liefen ein Drittel gut, ein Drittel unsicher und ein Drittel waren trotz ungünstigem Verlauf nicht mehr zu beenden. Zwei Patienten (15%) hatten die Therapie regulär und erfolgreich abgeschlossen. Ein Patient führte die Therapie anderswo weiter als der Therapeut die Institution verliess. Bei einem besonders hohen Prozentsatz

(23%) musste die Behandlung durch den Therapeuten abgebrochen werden.

VII.FALLGESCHICHTEN UND PROFILE DER CLUSTER

1. Profil Cluster I: n=9 Patienten

1.1 Delikte des 1. Clusters

Die Delikte der leichtest gestörten Patienten waren typischerweise das Dealen von harten und weichen Drogen. Diebstahl und Einbrüche kamen auch etwa vor, aber rohphysische Gewalt praktisch nicht. Die Delinquenz trat fast immer in oder nach der Adoleszenz erstmals auf.

1.2 Psychodynamik des 1. Clusters

Die Frustrationstoleranz der Patienten vom 1. Cluster bewegte sich vermutlich am unteren Rand des noch normalen. In Arbeit, Freizeit und Beziehungen konnten diese Probanden gerade noch knapp bestehen im Gegensatz zu den meisten andern. Bei unvermeidlichen Frustrationen griffen sie seltener zu selbstschädigendem impulsivem Verhalten wie Betäuben oder Delinquieren. Die Beziehungen waren in der Regel nicht durch grobe Auffälligkeiten oder Symptome verzerrt. Die Probanden waren nicht isoliert und verfügten auch über enge Beziehungen und Freundschaften. Die Realitätsprüfung war soweit intakt, gekennzeichnet allenfalls durch eine gewisse Rigidität im Umgang mit der Realität und Phantasielosigkeit. Eine verbreitete Einschränkung bestand in der Unfähigkeit, für die Zukunft zu planen. Alle Probanden von Cluster 1 klagten zuweilen über depressive Verstimmungen mit vegetativen Symptomen, Selbstvorwürfen und Einsamkeitsängsten. Das narzisstische Gleichgewicht war relativ stabil. Die Selbstrepräsentanzen waren in der Regel realistisch, die Patienten hatten Distanz zu ihren Größenphantasien, mussten jedoch weitgehend auf deren Umsetzung in die Realität verzichten. Sie zeigten selten oder nie Humor und die Straftaten dienten oft der Inszenierung eines negativ stigmatisierten Selbstbildes. Die Überich-Störung verlief auch relativ milde. Die Patienten konnten sich im Umgang mit Autoritäten am meisten angepasst oder adäquat kritisch verhalten. Sehr viele litten unter widersprüchlichen Normen und Schuld-, Scham- und Angstaffekten im Zusammenhang mit Überich-Forderungen. Bei den Abwehrmechanismen überwogen das Verdrängen, das phobische Vermeiden, das Rationalisieren und Isolieren. Die ausagierenden, impulsiven Abwehrformen kamen viel seltener vor. Tendenzen zur psychotischen Desintegration des Ich wurden bei den leicht gestörten Patienten nur

vereinzelt beobachtet. Starke Hemmungen bei allen dominierten die sexuellen und aggressiven Triebe. Verführerisches Verhalten oder sexuelles Experimentieren über die Pubertät hinaus zeigte keiner. Promiskuität, unterschwellige Aggressivität, Selbstverletzungen, Schlägereien, Wutanfälle kamen nur vereinzelt vor.

1.3 Behandlung des 1. Clusters

Die Anfangsmotivation der leicht gestörten Patienten war weniger durch akute Krisen bedingt, als durch eine Mischung von selbstständigem Entschluss zur Psychotherapie, dem Wunsch nach Sachhilfe oder Medikamenten und äusserem Druck. Die Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit war bei ihnen am meisten ausgeprägt und entwickelte sich weiter zu Neugier über die Psychodynamik. Qualitativ war am ehesten ein normales Gespräch oder sogar ein freies Assoziieren in den Stunden möglich. Der Widerstand äusserte sich kaum im formalen Missbrauch der Sprache wie Schweigen oder Redeschwall. Inhaltlich zeigte sich der Widerstand, indem zwei Drittel der Patienten oft nur über Teilaspekte der Realität oder über ihre Symptome reden wollten und manchmal wichtige Tatsachen verheimlichten oder logen. Der agierende Widerstand äusserte sich nur im Schwänzen und seltener in der Externalisierung von Affekten oder im Inanspruchnehmen der Therapiestunde mit Krisen. Das Einbeziehen von Angehörigen in die therapeutische Beziehung im Dienste des Widerstands oder durch agierendes Verhalten ausserhalb der Stunde kam in dieser Gruppe verhältnismässig weniger vor. Die Übertragung war bei einigen Probanden wenig spürbar und andere versuchten sie zu verheimlichen. Mehr als die Hälfte gaben sich betont unabhängig. Anteile der negativen Übertragung traten seltener auf als in den andern Gruppen. Die Behandlungen dieser Patienten waren am wenigsten durch Regressionen gefährdet. Am Schluss hatten sie am meisten von der Behandlung in psychodynamischer Hinsicht profitiert. Verbesserung und unauffälliges Niveau waren bei einer Mehrheit in fast jeder Dimension feststellbar. Verschlechterungen gab es kaum. Die Patienten des 1. Clusters waren sehr erfolgreich und 56% arbeiteten. Bei Cluster 1 standen die gute Prognosen in Übereinstimmung mit dem Behandlungserfolg bei der Reduktion der Delinquenz und Sucht.

1.4 Fall 1 aus Cluster I

Vorgeschichte

Die Patientin 1 wuchs auf dem Land als jüngste Tochter neben drei Brüdern in geordneten Verhältnissen auf. Sie galt als das Lieblingskind des Vaters. Als die Patientin in die Pubertät kam, erfuhr sie, dass der Vater jahrelang eine aussereheliche Beziehung gehabt hatte. Sie besuchte die Diplommittelschule und später begann sie eine Köchinnenlehre. Sie war verbal sehr gehemmt und litt unter enormen Prüfungsängsten, was zum Abbruch der Lehre führte. Die Mutter versuchte der Tochter eine gute Kollegin zu sein und wollte auch an deren Freundeskreis teilnehmen. Eine weitere schwere Kränkung der ödipalen Wünsche wurde der Patientin dadurch zugefügt, dass die Mutter mit jungen Männern aus dem Bekanntenkreis der Tochter sexuelle Verhältnisse pflegte. Die Patientin litt neben der Heroinsucht unter schweren Asthma und dealte im grösseren Stil.

Behandlungsverlauf

Die hier untersuchte Methadonbehandlung war bereits der zweite Versuch mit Methadon, wobei der erste Arzt einer weiteren Methadonbehandlung ablehnend gegenüber stand. Auch in suchtfreien Behandlungen hatte sie schon einige Therapeuten "verbraucht". Der Anfang der Behandlung war eigentlich geprägt durch diverse Machtkämpfe zwischen Patientin und Therapeut. In diese Kämpfe wurden auch die sämtlichen Kränkungen aus den früheren Behandlungen verpackt. Ziemlich am Anfang der Behandlung produzierte die Patientin einen schweren Asthmaanfall im Drop-in, wollte sich aber nicht ins Universitätsspital fahren lassen, obwohl das notwendige Medikament im Drop-in nicht vorhanden war. Der Therapeut blieb in dieser Auseinandersetzung hart und sie ging schliesslich doch ins Spital. Für spätere Zeiten veranlasste der Therapeut jedoch die Anschaffung des Medikaments im Drop-in. Glücklicherweise kam ein solch schwerer Anfall jedoch gar nie mehr vor. Die zweite Diskussion wurde anhand der Urinkontrollen geführt, die durchwegs auf Opiate positiv ausfielen. Die Patientin konnte sich diese Befunde in keiner Weise erklären und beharrte darauf, dass es sich um Fehler des chemischen Labors handeln müsse. Trotzdem wurden die Urinkontrollen ein paar Wochen danach sauber. Auch später konnten sich Therapeut und Patientin nicht über die damaligen positiven Urinkontrollen einigen. Während der Behandlung machte die Patientin eine Ausbildung zur Werklehrerin. Der Grundtenor der meisten Gespräche war die Ungerechtigkeit der Welt, die sich anscheinend total gegen sie verschworen hatte. Dabei spielte auch die Angst der Patientin, dass ihre frühere Heroinsucht bekannt würde und sie deshalb die Ausbildung abbrechen müsste, eine grosse Rolle. Die Patientin war intelligent, wirkte aber etwas phantasielos. In einer weiteren

therapeutischen Phase begann ein Kampf über die Methadonmitgabe in die Ferien, die damals nicht möglich war. Nachdem auch hier ein Kompromiss gefunden worden war, entspannte sich die therapeutische Beziehung etwas mehr und die Patientin versuchte den Therapeuten zum (platonischen) Freund zu gewinnen. Sie erzählte viel von Schulkolleginnen und Lehrerinnen. In der Identifikation mit dem Therapeuten sprach die Patientin viel über Mitschülerinnen, die nun von der Patientin sozusagen betreut wurden. Andererseits ging es um reale Konflikte in der Schule. Von ihren Männerfreundschaften erzählte die Patientin praktisch nie. Nach wie vor war aber sie recht spröde und unnahbar im zwischenmenschlichen Rapport. Im letzten Jahr der vierjährigen Therapie wurde vor allem der Abschluss der erfolgreichen Behandlung thematisiert und zwar fast ausschliesslich anhand der Methadondosis. Einerseits wurden die körperlichen Veränderungen, die durch den Abbau des Methadons in Gang kamen, minutiös besprochen. Andererseits war für die Patientin die Versicherung ganz wichtig, dass sie jederzeit zur Methadonsubstitution zurück könne, wenn sie wolle. Sie hatte jetzt einen Kreis von nicht süchtigen Freundinnen gewonnen und diese, für sie neue Solidarität unter den Frauen bedeutete ihr sehr viel. Daneben kaufte sie sich ein kleines Auto, auf das sie sehr stolz war. Zwei Jahre nach Beendigung der Gespräche schrieb die Patientin dem Therapeuten, dass es ihr gut gehe und dass sie in ihren Beziehungen lockerer geworden sei.

Diskussion

Die Behandlung war vom psychoanalytischen Standpunkt her recht unspektakulär. Nicht zuletzt wegen der guten Vorbildung konnte eine vollständige Rehabilitation der Patientin erreicht werden. Aber die Neugier des Therapeuten bleibt irgendwie unbefriedigt und gleichzeitig hatte er das Gefühl, der Patientin zuwenig Aufklärung über ihre Psychodynamik gegeben zu haben. Cremerius (1979 S.61) schrieb in seinem Aufsatz zur psychoanalytischen Behandlung von Unterschicht-Patienten aus ländlichen Gebieten, dass er diese Art von psychischer Organisation sehr oft antraf. Die Analysanden litten unter einem äusserst strengen Gewissen und durften keine Phantasien, geschweige denn Konflikte oder Probleme haben, da sie das krankhaft und minderwertig fanden. Einsichten in die eigene Triebhaftigkeit oder Aggressivität lösten so grosse Scham aus, dass sie nicht zugelassen werden konnten. Die Aufrechterhaltung einer emotionalen Distanz zum Therapeuten war der Patientin 1 sehr wichtig. Die Überlegungen des Therapeuten dazu waren, dass die Patientin 1 eine entsexualisierte Beziehung aufbauen wollte. Es drehte sich für sie nicht mehr wie früher alles nur um die Männer, sondern

auch ihre eigene Autonomie konnte besetzt werden. Man kann mit guten Recht annehmen, dass nicht das Urinlabor ständig Fehler machte, sondern dass die Patientin über ihren Opiatkonsum log. Der Therapeut vermutete, dass die Patientin tatsächlich sich sehr angestrengt hatte und den Opiatkonsum drastisch reduziert hatte, aber sich der gelegentlichen Abstürze derart schämte, dass sie sie nicht zugeben konnte. Ein ähnlicher Fall, auch eine Patientin aus Cluster 1, spielte sich in gleicher Manier ab und auch diese zweite Patientin schloss das Methadonprogramm nach vollständiger Rehabilitation ab. Diese war an sich auch sehr zwanghaft und spröde in der therapeutischen Beziehung. Dies änderte sich aber nach dem sie ein Jahr nach Abschluss der Methadonsubstitution einen neuen Freund gefunden hatte. Sie konnte viel offener über intime Dinge berichten und zeigte vermehrt Interesse an Deutungen.

2. Profil Cluster II: n=8 Patienten

2.1 Delikte des 2. Clusters

Die Delikte der desintegrativen Neurotiker waren vor allem Diebstahl, Sachbeschädigung und Betrug. Einbrüche kamen nicht vor. Bei den Frauen war die unbewusste Verführung des Partners zum Suizid häufig. Die Delinquenz trat mehrheitlich nach der Adoleszenz auf, bei einem Viertel leider erstmalig während der Behandlung.

2.2 Psychodynamik des 2. Clusters

Patienten des 2. Clusters hatten eine schlechte Frustrationstoleranz und konnten oft nur mit grösster Mühe, wenn überhaupt, mit Arbeit, Freizeit und Beziehungen umgehen. Viele hatten einen Zwang, alles scheitern zu lassen. Viele neigten zum Betäuben nach frustrierenden Erlebnissen. Die meisten hatten einen Partner(in) und viele waren noch stark an die Herkunftsfamilie gebunden. Qualitativ waren die Beziehungen anspruchsvoll ambivalent. Ein rechter Teil dieser Patienten spielte Bezugspersonen gegeneinander aus oder wollten sich nicht binden. Kontaktaufnahme war oft nur im Rausch oder durch exhibitionistisches Verhalten möglich. Verbreitet war die Spaltung der Objektrepräsentanzen in gute und böse. Die narzisstische Störung führte zu Einbussen der Realitätsprüfung. Die Einschätzung eigener Fähigkeiten und der sozialen Umwelt war behindert. Die Patienten konnten schlecht aus Erfahrungen lernen oder für die Zukunft planen, statt dessen neigten sie zu panikartigen, planlosen Handlungen. Viele litten unter Depersonalisations- und Derealisationserlebnissen. Eine depressive Störung zeigte sich

sehr gemischt in Selbstvorwürfen, dem Gefühl nicht geliebt zu werden, einem gewissen Zynismus. Teilweise waren auch Züge einer verdeckten Depressivität und hypomanische Phasen vorhanden. Bei fast allen Probanden traten Suizidgedanken auf, die sie in der Therapie äusserten. Das narzisstische Gleichgewicht war im Vergleich zu den leicht gestörten Patienten auch noch einigermaßen gewährleistet, jedoch bestand eine grosse Kränkbarkeit und von manchen wurden Beziehungen ausschliesslich zur Selbstbestätigung missbraucht. Das Verhalten gegenüber Autoritäten war recht unangepasst. Von der Mehrheit der Patienten wurde das Überich auf die Aussenwelt projiziert und es enthielt oft widersprüchliche Inhalte. Affekte bei Überich-Forderungen wurden mehr durch Angst als durch Schuld definiert. Schuld und Scham wurden von vielen verleugnet. Bei den Abwehrmechanismen dominierten das Affektualisieren, Projektionen und (nicht wahnhafte) Verleugnungen. Agieren und Betäuben waren weit verbreitet. Die Patienten von Cluster 2, deshalb Neurotiker mit Desintegrationstendenz genannt, hatten die höchste Rate an psychotischen Episoden und die zweithöchste an Suizidversuchen von allen Patienten. Daher waren die Suizidäusserungen dieser Patienten durchaus ernst zu nehmen. In der Triebstruktur besonders ausgeprägt waren masochistische Konstellationen. Die Patienten waren sehr häufig von unterschwelligen Aggressionen geplagt, riefen bei ihren Bezugspersonen Aggressionen hervor oder fügten sich Selbstverletzungen zu.

2.3 Behandlung des 2. Clusters

Patienten des Cluster 2 kamen fast alle in einer akuten Krise zur Beratungsstelle. Diese hofften sie mit Medikamenten und Sachhilfe zu bewältigen. Immerhin 40% äusserten den Wunsch nach einer Psychotherapie. Am wenigsten von allen war ein äusserer Druck von Behörden oder Angehörigen an der Motivation beteiligt. Besonders gross war der Zuwachs an Personen, die mit der Zeit Neugier und Einsicht entwickelten. Bei den desintegrativen Neurotikern musste in allen Fällen das Umfeld mitberaten werden. Die Übertragungs-Abwehr, in der sich der Patient betont unabhängig zeigte, war wie nirgends sonst ausgeprägt. Deutlich spürbar waren auch die negativen Übertragungskomponenten: die Hälfte zeigte anklammernde Ambivalenz und ein Viertel offen negative Übertragung. Alle Probanden hatten eine Neigung zur Regression: eine gutartige Regression bei knapp der Hälfte, die Umwandlung der Regression in die Sucht bei den andern. Die überwiegende Mehrheit von Patienten, die sich verbesserten, konnten dies nur in einzelnen (2-4) Dimensionen und nicht im gesamten Spektrum. Die symptomatischen Erfolge dieser Patienten waren nicht sehr ermutigend. Nur eine ganz kleine Minderheit war nicht mehr

delinquent und stabil bezüglich der Sucht. Fast 40% waren unverändert süchtig und delinquent oder hatten sich sogar verschlimmert. Ein Drittel waren wenigstens besser dran als ohne Behandlung. Die Arbeitssituation hatte sich nur unwesentlich verändert, alle waren irgendwie reduziert. Vor den Arbeitenden waren leider drei Viertel in ihrer Sucht oder Delinquenz nicht gebessert. Die Prognosen waren mehrheitlich ungewiss.

2.4 Fall 2 aus Cluster II

Vorgeschichte

Die Patientin 2 wuchs in äusserlich normalem bürgerlichem Haus auf als mittlere von 3 Töchtern. Allerdings war der Vater Alkoholiker und die Ehe der Eltern wurde deswegen geschieden als die Patientin in die Adoleszenz kam. Es wurde sehr viel gestritten in der Familie. Die Patientin sei von den Eltern abwechselnd verwöhnt, geschlagen oder als Vertraute benutzt worden. Als Kind habe sie zeitweise unter Tics gelitten. Seit der Pubertät fiel sie durch ihre bulimische Magersucht und ihren exzessiven Haschischkonsum auf. Daneben hatte sie aber auch eine gesündere Seite; sie pflegte regelmässig verschiedene Hobbies und Sport und liebte Tiere. Seit Jahren hatte sie keine Monatsblutung mehr gehabt, worüber sie froh war. Sie hatte schon früh einen Freund, obwohl sie sich vor der Sexualität immer geekelt habe. Die Patientin begann, nachdem sie das Gymnasium abbrechen musste, eine kaufmännische Lehre. Die Lehre hielt sie bis fast zum Abschluss durch und äusserlich wirkte sie gepflegt.

Behandlungsverlauf

Die Behandlung begann, indem die Mutter erstmals die Beratungsstelle aufsuchte und dann auch die Patientin selber dazu motivieren konnte, mitzukommen. Die Mutter kam, weil ihre Tochter seit einem halben Jahr Heroin sniffte und ihr Geld gestohlen hatte. Die Patientin war damals 18-jährig und stand kurz vor dem Lehrabschluss, vor dem sie panische Angst verspürte. Zuerst wurden vor allem Familiengespräche zu dritt vereinbart. Diese waren geprägt durch die extreme Ambivalenz der Beziehung zwischen Mutter und Tochter. Wenn sie in der einen Stunde ein Herz und eine Seele waren und den Entzug der Patientin planten, konnte schon in der nächsten Stunde von Therapieabbruch die Rede sein. Die Patientin litt unter ihrem geringen Selbstvertrauen und ihrer inneren Leere, die sie mit Heroin zu bekämpfen versuchte. Sie verhielt sich so unaufmerksam im Strassenverkehr, dass sie schon mehrere kleine Unfälle gehabt hatte. Der Abbruch der Lehre wurde von Mutter

und Tochter gemeinsam arrangiert und konnte durch den Therapeuten kaum mehr hinterfragt werden. Auffällig war, wie die Mutter die Tochter verbal entwertete. Kurze Zeit nach Beginn der Behandlung erlitt die junge Patientin jedoch einen schweren Verkehrsunfall, bei dem sie einen Teil des Beines verlor. Nach dem ersten Schock dachte die Familie schon nach kurzer Zeit, gerade wegen des Unfalls würde jetzt alles gut. Umgekehrt bekam aber der Patientin dieser Druck wenig und sie wollte jetzt erst recht nicht die kaufmännische Lehre abschliessen und ein Leben lang "an ein Büro gefesselt" sein. Sie habe die Lehre sowieso nur auf Druck der Mutter gewählt und sie habe einen solchen Bewegungsdrang und eine Panik, dick zu werden, dass sie sich keine sitzende Tätigkeit vorstellen könne. Nachdem sie in den ersten Wochen anscheinend sehr gut mit der neuen Situation umgehen konnte, verleugnete sie den Verlust des Beines affektiv durch einen verstärkten Drogenkonsum nach der Entlassung aus dem Spital. Sie spritzte jetzt täglich mehrmals. Die orthopädische Behandlung wurde von ihr teilweise sabotiert, indem sie beispielsweise so betrunken war, dass eine Nachoperation nicht durchgeführt werden konnte. Auf Wunsch der Patientin, wurde die Familientherapie beendet und die Patientin kam zu Einzelgesprächen, einige Monate später unter Methadonsubstitution. Gleichzeitig distanzierte sich die Patientin etwas von der Mutter und zog zu ihrem nicht süchtigen Freund. Das Thema der Amputation tauchte praktisch in jeder Therapiestunde auf und die Patientin weigerte sich, eine Wiedereingliederungsabklärung anzufangen. Sie hatte vordergründig Angst, man würde sie in einen Bürojob zwingen und strebte eine Vollrente an. Sie pflegte den Stumpf nicht ordnungsgemäss oder schnitt an der Wunde herum, so dass es zu ständigen Entzündungen kam. Die Anpassung der Prothese wurde teilweise in einen Machtkampf mit dem Orthopäden umfunktioniert. Der Beinstumpf wurde von ihr als ein quasi eigenständiges Partialobjekt wahrgenommen. So sagte sie sich beispielsweise auf langen schmerzhaften Wanderungen, "so du Sauchaib, jetzt wird gelaufen". Umgekehrt sagte sie, "wenn das Bein lieb zu ihr gewesen sei, könne sie es auch pflegen". Manchmal war sie geradezu froh um die Behinderung, weil das sie von der Verpflichtung zum Arbeiten entbinde und entwickelte eine ausgewachsene Rentenneurose. Sie erpresste mit einem Lügengebäude von der ganzen Verwandtschaft und vom Freund nahezu 100'000 Franken für den Drogenkauf. Sie behauptete, sie schulde einem Dealer viel Geld und sie werde von ihm bedroht. Oft glaubte sie schliesslich selber an die Lügen. Daneben stahl sie sowohl von ihren Angehörigen als auch in den Läden. Die Beziehung zum Freund war mehr oder weniger eine direkte Weiterführung der Mutter-Tochter Abhängigkeit, die nicht einmal durch Sexualität unterbrochen wurde. Sie äusserte das Gefühl, in die Fusstapfen ihres süchtigen Vaters

zu treten, der auch einmal einen schweren Unfall gehabt hatte. Häufiger äusserte sie in der Therapie die Todeswünsche, die sie gegenüber der Mutter empfand, aber bezog diese Ambivalenz auch mehr in die zunehmend negative Übertragung ein. Weil der Therapeut ihr nicht ein Invaliditätsgutachten ausstellen wollte, überhäufte sie ihn mit Vorwürfen. Manchmal hatte sie regelrechte "temper tantrums" in der Stunde. In der besonders ambivalenten Therapiephase schloss sie sich einer Gruppe von Patienten an, die eine kleine "Revolution" gegen das Drop-in planten. Deren Forderungen waren, sich dauernd im Drop-in aufhalten, dort Tee kochen und an den Rapporten teilnehmen zu dürfen. Gleichzeitig distanzierte sie sich beim Therapeuten weit von dieser Gruppe und fühlte sich von denen unter Druck gesetzt. Nach dieser Zeit, in der der Therapeut den Forderungen standgehalten hatte, schwänzte sie öfters Stunden, was früher weniger der Fall gewesen war. Äusserlich wirkte sie oft maskenhaft, da sie sich extrem aufdonnerte und die Haare in ein künstliches Blond färbte. Immer wieder schwärmte sie von der "Zeit der Magersucht", die angeblich auch von der Mutter als "wunderbare Zeit" erlebt wurde. Verschiedene Arbeitsprogramme schlugen fehl, aber sie hatte es immerhin versucht. Sie äusserte grosse Ängste, wenn sie einmal saubere Urinkontrollen hatte. Sie fürchtete jedes Lob und die Verpflichtung, die ein Erfolg nach sich ziehen könnte. Sie hatte panische Angst, man würde ihr das Methadon wegnehmen, sobald sie keine illegalen Drogen mehr konsumiere. Als Physiotherapie begann sie zu Reiten und erfuhr so eine grosse Befriedigung durch diese sportliche Betätigung. Die therapeutische Beziehung verbesserte sich wieder und die Patientin konnte gestehen, dass sie regelmässig das Wochenend-Methadon fixte und zwar sogar oft noch im Drop-in. Die Patientin hatte grosse Ängste, dass sie jetzt dafür bestraft werde, was aber nicht geschah. Sie bekam trotzdem das Methadon für Ferien mit. Nach circa dreieinhalb Jahren Behandlung war die Patientin erstmals in der Lage, Teilzeit in einem Rehabilitationsprogramm zu arbeiten.

Diskussion

Die Patientin 2 war in einer Borderline-Störung auf höherem Niveau gefangen, die um eine nie gelingende Triangulierung zirkulierte aber gelegentlich mehr neurotische Züge trug. Auf der einen Ebene führte sie mit ihrem Freund und dessen Bekannten, die alle nichts mit Sucht zu tun hatten, ein durchaus angepasstes Leben. Andererseits benahm sie sich im Drop-in dann wieder auf einer viel tieferen Ebene als polytoxikomane Süchtige, die sich an keine Regeln halten konnte und mit schwer gestörten Kollegen verkehrte. Eindrücklich war der Misserfolgswang der Patientin. Just am

Ende der Lehre musste sie diese abbrechen. Sie hatte somit bewiesen, dass sie durchaus eine rechte Frustrationstoleranz hätte, hingegen vor lauter Angst vor dem Erfolg, nicht zuletzt auch der Therapie, alles scheitern lassen musste. Diese Art von Störung, die auch sonst ganz gut zum Krankheitsbild dieser Patientin passt, wurde schon von Freud in seinen Aufsätzen "die am Erfolge scheitern" und "Verbrecher aus Schuldbewusstsein" abgehandelt. Freuds Arbeit zu einigen Charakterproblemen, im Jahre 1915 entstanden, befasst sich mit Neurosen, bei denen die normale Abfolge von Hemmung des Triebes durch Schuldgefühle und nachfolgender neurotischer Symptombildung gerade zu fehlen scheint. Dazu gehören Fälle, die sich von erwiesenermaßen schädlichen Triebbefriedigungen nicht mehr lösen können, da sie eine Art Recht auf die Neurose für sich beanspruchen oder auch Menschen, bei denen ein unbewusstes Schuldgefühl im Grunde einer verbrecherischen Handlung vorausgeht. Drittens mit Personen, die paradoxerweise gerade dann Symptome bekamen, wenn sie sich einen grossen Wunsch befriedigen konnten: eben, "die am Erfolge scheiterten". Dort werden die unglücklichen Folgen eines ödipalen Sieges über einen Elternteil durch eine neurotisch enge Bindung an den andern diskutiert. Das Rätsel des Scheiterns am Erfolg klärt sich so, dass eben der Sieg über den Rivalen vom Unbewussten einem Vaternord gleichgesetzt wird. Im Unterschied zu andern Verarbeitungsformen des Oedipuskomplexes ist es also nicht der Wunsch nach Vaternord, der verdrängt werden muss, sondern im Unbewussten gilt die Tat als bereits vollbracht. Als Hypothese können wir vermuten, dass die Patientin durch die Vertrautenrolle zu den Eltern jeweils für kurze Zeit mit einem Elternteil einen "ödipalen Sieg" über den andern erreicht hatte, kurz darauf aber entmachtet und "kastriert" sich wieder nur als kleines Kind zurechtfinden musste. Als Wiederholung dessen können wir die "Revolution" im Drop-in ansehen, bei der sie eine aktive Rolle inne hatte. Dies war ein inzestuöser ödipaler Akt, mit dem sie sich zu den "Therapeuten-Eltern" ins Bett drängen wollte. Da sie abwechselnd beim Vater und bei der Mutter als Partnerersatz fungierte, konnte sie sich nicht für eine weibliche Identität entschliessen und blieb in der Phantasie ein bisexuelles, androgynes Wesen (vgl. dazu Laufer und Laufer 1984). Dafür spricht auch das jahrelange Ausbleiben der Menses, das von der Patientin durch Hungern und Drogenkonsum herbeigeführt wurde. Aus Abwehr von Schuldgefühlen gegenüber dem Vater, von dem sie vielleicht unbewusst glaubte, er trinke, weil sie ihm die Mutter weggenommen habe, musste sie sich mit ihm identifizieren und selber süchtig werden. Andererseits hatte sie aber auch der Mutter den Vater ausgespannt. Deshalb durfte sie nicht Frau werden, sondern musste sich selber abgemagert und verkrüppelt machen. So blieb

ihr zuletzt nur die eigene Invalidisierung, Selbstkastration oder letztlich der Suizid, wie er mit der Heroinsucht auf Dauer inszeniert wird. Die enorme Prüfungsangst kann man als Vermeidung eines weiteren ödipalen Sieges ansehen. Durch die ausserordentliche Ambivalenz gegenüber der Mutter fürchtete die Patientin, den Neid der Mutter auf sich zu ziehen, sobald sie sich erlauben würde, eine erwachsene Frau zu werden. In der Tat verhielt sich die Mutter oft so, dass die Tochter kaum eine Chance hatte. Immer wenn die Patientin sich der Mutter homosexuell unterworfen hatte, fühlte sie sich geborgen, jedoch um den Preis ihrer Individuation. Die phantasierte Kastration durch die Mutter (und die reale der Amputation) versuchte sie durch Stehlen und Erpressen wieder rückgängig zu machen. Im Grunde nahm sie sich unbewusst damit von der Mutter etwas, worauf sie ein Anrecht hatte, nämlich ihr Recht auf Lust. Die affektive Verleugnung der Behinderung im ersten Jahr nach der Teil-Amputation ist an sich nichts pathologisches, da ein so schwerer Verlust sicher lange betrauert werden muss. Aufgrund der speziellen Neurose der Patientin, könnte man weiter spekulieren, dass der Beinstumpf zu einem phantasierten Penis wurde und gleichzeitig auch den Verlust des phantasierten Penis in der Kindheit durch die Mutter symbolisierte. Das Schnipseln am Stumpf wurde zu einem aggressiven Onanieersatz.

3. Profil Cluster III: n=5 Patienten

3.1 Delikte des 3. Clusters

Ein Delikt aller depressiven Neurotiker war der Diebstahl. Einbrüche und Zechprellerei kamen mehr als bei andern vor. Alle andern Delikte ausser der Anstiftung zum Suizid wurden vereinzelt begangen. Die Delinquenz begann bei fast allen nach der Adoleszenz und bei einem hohen Prozentsatz erstmals während der Behandlung.

3.2 Psychodynamik des 3. Clusters

Die allgemeine Frustrationstoleranz wurde bei den depressiven Patienten als wenig gestört beurteilt von den Therapeuten. Im Detail zeigten sich allerdings dann auch schwere Beeinträchtigungen. Relativ unauffällig waren noch der Durchhaltewille und der Umgang mit Geld. Jedoch waren beim Auftreten von Schwierigkeiten die depressiven Patienten am meisten von allen zum selbstschädigendem Agieren durch Delikte und Räusche geneigt. Fast alle hatten Partner aber keine hatten gute Freunde. Sie waren trotz engen Beziehungen misstrauisch und einige belasteten ihre Bezugspersonen durch

das Ausspielen gegeneinander. Abrupte Beziehungsabbrüche, Unwille sich zu binden oder Besetzungsabwehr kamen in dieser Gruppe überhaupt nicht vor. Die Realitätsprüfung war in vielerlei Hinsicht gut ausgebildet. Die Probanden hatten keine Mühe, Denken als Probehandeln einzusetzen, konnten das Verhalten der Umwelt besser abschätzen, Abmachungen einhalten, Vorstellungen von Wahrnehmungen unterscheiden und litten weniger an Depersonalisationserlebnissen. Sie waren von allen die phantasievollsten Patienten. Jedoch hatten sie einen schlechten Bezug zur eigenen Vergangenheit oder Zukunft und konnten eigene Fähigkeiten schlecht beurteilen. Alle Patienten des 3. Clusters litten unter den vegetativen Symptomen von Depression. Besonders ausgeprägt war die Diskrepanz in ihrem Selbstbild zwischen dem Ich-Ideal und dem realen Ich, so dass die meisten sich hilflos, unfähig und minderwertig vorkamen. Deutlich erschien der aggressive Konflikt der Introjekte in Form von Klagen, unliebenswert, liebesunfähig und somit einsam zu sein. Wider Erwarten fehlten bewusste Suizidphantasien weitgehend bei den neurotisch depressiven Patienten. Masochistische Selbstsabotagen erschienen hinter den depressiv-narzisstischen Borderline Patienten von Cluster 5 am zweit häufigsten. Die narzisstische Störung depressiven Neurotiker war nur mässig beobachtbar, etwa im hohen Prozentsatz an emotional "kalten" Personen. Sie waren von allen Patienten die unterwürfigsten. Keiner konnte sich adäquat kritisch äussern, dafür floss Kritik umsomehr durch schlitzohriges Verhalten ein. Alle wurden von Scham und fast alle von Schuld geplagt, wobei Schuld und Angst noch mehr abwehrend vermieden werden konnten als Scham. Typische Überich-Störungen wie antisoziale Normen, widersprüchliche Normen oder radikale Gewissensforderungen waren weniger ausgeprägt als bei den andern Patienten. Die depressiven Patienten wie die leicht gestörten benutzten sehr oft die Verdrängung als Abwehr, im Gegensatz zu diesen hatten sie aber weniger die Zwangsmechanismen wie Rationalisieren und Isolieren zur Verfügung und setzten die primitiveren, impulsiven Abwehren wie Rollenumkehr, Agieren und Betäuben ein. Obwohl depressive Neurotiker kaum Suizidgedanken verbal äusserten, wiesen sie die höchste Rate an Suizidversuchen von allen Patienten auf. Psychotische Desintegrationen mit Wahnideen oder Halluzinationen waren dafür eher selten. Tätliche Angriffe auf andere waren ebenfalls selten. In der Triebstruktur gab es viele Hinweise auf masochistische Züge. Die Mehrheit der Probanden waren unterschwellig aggressiv geladen, viele weckten die Aggression anderer und hatten sich Selbstverletzungen zugefügt.

3.3 Behandlung des 3. Clusters

Patienten des 3. Clusters kamen anfangs vorwiegend in einer Krise und unter äusserem Druck zur Behandlung, die sie sich als Medikation und reale Hilfe vorstellten. Bezüglich Einsicht, Leidensdruck und Intensität der therapeutischen Beziehung standen sie nicht hinter andern zurück, jedoch war bei der Weiterentwicklung der Motivation ein gravierender Schönheitsfehler zu verzeichnen. Fast alle missbrauchten die Behandlung auch für therapiefremde Zwecke im Urteil ihrer Therapeuten und sie hatten den grössten Prozentsatz an Personen, die keinen Motivationswandel nach Behandlungsbeginn durchmachten. Inhaltlicher Widerstand in der Therapie zeigte sich als ausschliessliches Reden über Teilaspekte der Realität oder Symptome sowie Schwindeln, Verheimlichen und Lügen. In der Übertragung wirkten die depressiven Probanden an sich kaum anders als die andern, bis auf die häufigere Entwertung als Komplize für therapiefremde Zwecke. Bei fast allen bemerkten die Therapeuten eine bösartige regressive Spirale, die die Behandlung gefährdete. Auch verschlechterte sich die Depressivität bei über der Hälfte der Personen. Bei den andern Patienten hatte sich die Sucht nicht verändert oder sogar verschlimmert. Ein deutlicher Behandlungsmisserfolg zeichnete sich bei 40% ab, während 20% sich nur ein bisschen verbessert hatten. Fast alle Probanden dieser Gruppe lebten von der Sozialhilfe oder bezogen eine Invalidenrente.

3.4 Fall 3 aus Cluster III

Vorgeschichte

Die Patientin 3 wuchs in einer Kleinstadt mit vier Geschwistern auf. Über die frühe Kindheit ist kaum etwas bekannt, jedoch wurde sie nach der Scheidung der Eltern vor der Pubertät dem Vater zugesprochen. Sie wäre lieber bei der Mutter gewesen und fühlte sich vom Vater emotional vernachlässigt und mit Geld abgespiesen. So begann sie früh mit weichen Drogen, schloss aber eine Bürolehre ab trotz beginnender Heroinabhängigkeit. Seit ihrem 20. Altersjahr litt sie unter einer chronischen Autoimmunkrankheit des Magen-Darmtraktes. Sie hatte vor Beginn der vorliegenden Behandlung schon eine lange Karriere mit Gefängnisaufenthalten, Methadonbehandlungen und stationären Therapien hinter sich gebracht. Eine Schwangerschaft hatte sie mit Abtreibung beendet. Äusserlich wirkte sie sehr bieder, gar nicht verwahrlost.

Behandlungsverlauf

Die Patientin kam durch ihren nicht süchtigen Freund in die Methadonbehandlung. Der Freund handelte mit Waffen und so

lebten beide relativ komfortabel. Sie liess nie eine Therapiestunde ausfallen, wobei diese Stunden durch ein oberflächliches Geplätscher ausgefüllt wurden. Der Therapeut hatte immer das Gefühl, dass es der Patientin darunter eigentlich sehr schlecht gehe, aber er kam selten zu Wort. Alle Gespräche handelten von der Vergangenheit, die sie in einem rosig verklärten Licht sah. Alle Brüche im Selbstbild oder schmerzhaft Stellen liess sie irgendwie aus oder übertünchte sie. Diese "Selbstgespräche", die sie auch in den Phantasien führte, hinterliessen den Eindruck des Wiederkäuens eines immer gleichen Breis. Auf die Patientin hatten diese einen beruhigenden Effekt. Die Patientin führte ihre gesamten Probleme auf ihre somatischen Schwierigkeiten zurück und war für andere Zusammenhänge nicht empfänglich. Wenn der Therapeut sie mit der Oberflächlichkeit konfrontierte, kam keine Reaktion. Der Therapeut fühlte sich in der Gegenübertragung in einem emotionalen "Sumpf" gefangen. Ein ungutes Gefühl hatte er auch bezüglich der konstant sauberen Urinkontrollen. Die Patientin arbeitete halbtags als Verkäuferin. Jeder Autonomieversuch der Patientin, sei dass in der Arbeit oder gegenüber dem Freund endete mit einer Exazerbation der Darmbeschwerden. Sie hatte den wiederkehrenden Angst-Traum: "sie liege im Bett und wisse, dass sie träume. Sie möchte aufwachen, kratze und steche sich deshalb mit einem Messer, aber es nütze nichts". Dazu assoziierte sie, die Mutter habe eine Spinnenphobie, die sich auf sie übertragen habe. Sie liege deshalb oft stundenlang wach, um zu kontrollieren, dass keine Spinnen übers Bett liefen. Sie litt sehr unter Schuldgefühlen gegenüber der Mutter, die nach Meinung des Therapeuten durch abgewehrte Aggressionen gegen sie ausgelöst wurden. Nach der Stunde mit dem Traum, in der sie sich in tiefere psychische Schichten gewagt hatte, deckte sie extrem alles wieder zu und wollte auf eine Reise gehen. Mit der Zeit wurde die Patientin unzufrieden mit sich, da sie das Gefühl hatte, sie verschwende die Stunden. Sie träumte: "sie trage Kontaktlinsen und darüber noch die Brille, so dass sie noch weniger sehe als ohne Hilfsmittel". Nach einem Cortison-Entzug wurde ihr im Zusammenhang mit den Bauchschmerzen und der "Wut im Bauch" etwas von der Wut auf die Mutter bewusst. Ihr Freund hatte zweieinhalb Jahre nach Beginn der Behandlung eine sehr schlechte Zeit; er hatte getobt und sie bedroht. Dabei kam heraus, dass die Patientin seit Beginn der Methadonbehandlung täglich fixte und alle Urinkontrollen vom Freund stammten. Für die Heroinbeschaffung stahl und dealte sie trotz Behandlung. Eine Stunde später stritt sie alles wieder ab. Der Therapeut war jedoch nicht bereit, die Methadonsubstitution unter diesen Umständen weiter zu führen. Sie dachte, ihr geschehe ein grosses Unrecht wegen dem Neid des Therapeuten auf ihr Geld. Schliesslich meinte die Patientin, sie hätte nicht gedacht,

dass diese Urinsache dem Therapeuten so derart viel ausmache. Die Patientin erlitt in der Folge einen besonders schweren Darmrezidiv. Sie hörte dann von selber auf mit dem Methadon, "weil sie davon verstopft werde". Sie ging auf eine Reise, kam aber schon nach wenigen Tagen zurück und musste notfallmässig ins Spital für eine weitere Operation. Sie kam dann regelmässig zu Gesprächen ohne Methadon. Der Freund verliebte sich in eine andere Frau und die Patientin versuchte einen früheren Freund zu kontaktieren, von dem sie sich nie so recht gelöst hatte. Sie träumte von einem weiteren schon verstorbenen Ex-Freund. In dieser Stunde wurde ihr bewusst, dass sie versuchte, sich mit ihrer Vergangenheit mehr abzufinden. Sie wollte dann recht unvermittelt die Therapie abschliessen. Sie habe einiges gelernt auch bezüglich ihrer Darmkrankheit. Sie habe jedoch Bedenken, den Therapeuten "im Stich zu lassen". Am Schluss der Behandlung war der Redefluss nicht mehr so ungebrochen und die Patientin etwas nachdenklicher geworden. Sie meldete sich nach einiger Zeit wieder, als sie sich erneut mit dem besagten Waffenhändler-Freund zusammengetan hatte. In dieser Therapie-Tranche wurde ihr bewusst, dass ihre Probleme auch nicht nur auf den Freund zurückzuführen waren sondern auf sie selber. Sie äusserte dann den Wunsch, eine "Urschrei- oder Körperarbeit" zu machen, da sie ja psychosomatische Schwierigkeiten habe. Der Ausgang der Behandlung blieb somit immer noch ungewiss.

Diskussion

Bei Psychosomatikern besteht zweifellos auch eine körperliche Disposition zur Organdestruktion. Es bleibt somit unklar, ob die Organschädigung zu bestimmten psychischen Verarbeitungen führt oder umgekehrt. Trotzdem ist die Psychodynamik beachtenswert und lohnt sich mit dem Patienten durchzuarbeiten. Bei dieser Patientin fanden sich sehr aggressive Introjekte, die drohten, sie von innen her zu zerstören. Die Introjekte spielten sowohl die Waffen des Freundes eine grosse Rolle als auch die Krankheit, die letztlich zur Zerstörung des Darms und Magens führen kann. Mit ihrem wiedergekäuten Gesprächs-Brei und dem Betrügen mit den Urinkontrollen wollte die Patientin den Therapeuten vor diesen aggressiven Trieben beschützen. Sie konnte daher nicht verstehen, dass der Therapeut darüber so alarmiert war. Natürlich hatte sie mit ihrer Strategie das genaue Gegenteil des Intendierten erreicht. Ihre Sorgen über das Wohlergehen des Therapeuten, als sie ihn verliess, betrafen ihre unbewussten Aggressionen. Sie befürchtete diese könnten ausarten, wenn sie nicht dauernd kontrolliert habe, ob es den Mitmenschen noch nicht geschadet habe. Eine weitere Bedeutung des Wiederkäuens war die Unfähigkeit, Psychisches zu verdauen.

Die Patientin konnte ihre Selbsterfahrung nicht symbolisch in Lebensgeschichte einbauen. Die bekannte Unfähigkeit zu phantasieren der Psychosomatiker kam deutlich zum Ausdruck im Traum, "sie träume". Eigentlich war sie eben nicht in der Lage, wirklich zu träumen und symbolhaft zu denken. Es kam ihr das triviale Symbol "Spinne" in den Sinn. Von der Unfähigkeit, Erlebtes denkend zu verarbeiten, stammte das unvollständige Körperbild, worunter diese Patientin gelitten haben muss. Man kann vermuten, dass sie in der unbewussten Körperrepräsentanz nicht zwischen Darm und Vagina unterscheiden (Eicke 1987) konnte. Deshalb konnte sie die Erregungen ihres Körpers oder ihrer Phantasie nicht als etwas Gutes erleben, sondern nur als etwas Krankhaftes, Böses. Penisneid tauchte auch hier auf, indem sie sich an einen Mann wendete, der besonders viele, allerdings aggressive Penisse als Waffen besass und weitergab.

4. Profil Cluster IV: n=5 Patienten

4.1 Delikte des 4. Clusters

Das Delikt aller schizoiden Borderlinepatienten war der Diebstahl. Daneben liessen sich eine Mehrheit Körperverletzungsdelikte zu Schulden kommen. Besonders viele Probanden dieser Gruppe war schon in der Kindheit durch delinquentes Verhalten aufgefallen. Selten trat die Delinquenz erst nach der Adoleszenz auf.

4.2 Psychodynamik des 4. Clusters

Schizoide Patienten des 4. Clusters hatten eine geringe Frustrationstoleranz und sie neigten beim Auftreten von Schwierigkeiten zum Davonlaufen oder Betäuben. Sie zeichneten sich durch einen fast vollständigen Rückzug aus allen Beziehungen aus. Keiner hatte einen Partner oder engere Freunde. Die Mehrheit war nach Meinung der Therapeuten äusserst isoliert. Oft wurden sie als sehr misstrauisch beurteilt von Therapeuten. Alle machten die gut-böse Spaltung in den Objektrepräsentanzen, sehr viele neigten zu abrupten Beziehungsabbrüchen, zur Besetzungsabwehr und zur Bindungslosigkeit. Die schizoiden Patienten litten an einer besonders schlechten Realitätsprüfung aufgrund brüchiger Ich-Grenzen. Sie konnten Denken nicht als Probehandeln einsetzen, Vorstellungen von Wahrnehmungen nicht auseinanderhalten, das Verhalten der Umwelt schlecht abzuschätzen und hatten schliesslich besonders häufig Depersonalisationserlebnisse. Bei der detaillierten Betrachtung der scheinbar fehlenden Depressivität dieser Patienten wurde klar, dass diese wohl vorhandene depressive Verstimmungen stark abwehrten. Die

Mehrheit litten an vegetativen Symptomen, viele an verdeckter, ausgebrannter Form von Depression und was besonders für diese Hypothese spricht: fast alle neigten zu hypomanischen Phasen. Im Hintergrund der Symptomatik stand eine ausgeprägte narzisstische Störung. Viele Patienten lebten in einem schlecht integrierten Grössenselbst, neigten zu Pseudologien und waren leicht kränkbar. Oft dienten die Straftaten der Inszenierung eines negativen Selbstbildes. Die schizoid-narzisstischen Patienten erschienen ihren Betreuern offenbar als die humorvollsten. Nicht auszuschliessen ist allerdings, dass manche Äusserungen dieser Patienten eher aus Verwirrung wegen der schweren Beziehungsstörung stammen und primär gar nicht humorvoll intendiert waren, aber auf den Therapeuten komisch wirkten. Die schizoiden Patienten hatten in der Regel wenig auffällige Charaktereigenschaften im Bezug auf das Gewissen; die meisten wirkten angepasst bis etwas unterwürfig. Strukturell hatten jedoch der vergleichsweise grösste Prozentsatz von Patienten antisoziale Normen internalisiert. Projektion des Überich trat folglich seltener auf. Da bei verinnerlichten antisozialen Normen der innerpsychische Konflikt zwischen den Instanzen fehlt, ist Projektion nicht nötig. Sie delinquierte häufiger als andere aus Trost und Rache. Bei den Affekten im Zusammenhang mit dem Überich neigten Schizoide dazu, diese pathologisch zu vermeiden. Am deutlichsten wurde dies bei der Scham. Die Abwehrmechanismen bestanden aus magischem Denken, Zwangsgedanken- und Handlungen. daneben wurden oft projektive Mechanismen eingesetzt. Verleugnungen waren vermehrt wahnhaft. Auch impulsive Abwehren wurden recht häufig eingesetzt, u.a. auch die Deckabwehr. Die Therapeuten beurteilten bei den schizoid-narzisstischen Patienten die Gefahr einer Psychose besonders gross. In der Tat fand sich eine sehr hohe Rate an psychotischen Episoden, Wahnideen und Halluzinationen. Ernstgemeinte Suizidversuche waren jedoch selten. In der Triebstruktur traten vermehrt Perversionen auf. Im aggressiven Bereich war die Triebkontrolle geschwächt, es kam zu Durchbrüchen mit Schlägereien, Selbstverletzungen und Wutanfällen.

4.3 Behandlung des 4. Clusters

Die Patienten von Cluster 4 hielten alle die ersten Konsultationen pünktlich und pflichtbewusst ein. Dementsprechend war zu Motivation zur Psychotherapie sehr hoch und der Wunsch nach Sachhilfen relativ gering. Trotz ihrer

hohen Motiviertheit schienen den Therapeuten die Introspektion solcher Patienten doch sehr gering. Die Krankheitseinsicht in Zusammenhänge zwischen psychischer Störung und Notlage nämlich war in keinem Fall vorhanden. Besonders gross war der Zuwachs in der Anzahl Personen, die Neugier und Einsicht später entwickelten. Obwohl sie zu Anfang der Therapie wenig Einsicht in ihre Psychodynamik hatten, hielten sie den regelmässigen Besuch der Konsultationen am besten durch von allen Gruppen. Diese Probanden setzten sehr intensiv agierende Widerstände innerhalb der Therapiestunde ein, wie gestörter Redefluss und Exkorporation von unangenehmen Affekten, jedoch stürzten sie nicht so häufig wie andere schwer gestörte Personen in Krisen. Praktisch kaum mussten Angehörige, Arbeitgeber oder Ämter in die Beratung einbezogen werden. Die Probanden des 4. Clusters zeigten mehrheitlich rein narzisstische Übertragungen, jedoch trat die negative Übertragung relativ gemässigt und weniger häufig auf. Regression trat mehrheitlich in ihrer gutartigen Form im Dienste der Therapie auf, oder war an die Sucht gebunden. Bössartige Regressionen traten keine auf. Die meisten Personen konnten von der Behandlung sehr profitieren; sie hatten breite Verbesserungen (4-6 Dim) in der Psychodynamik. Auch in Delinquenz und Sucht wurden mehr positive Veränderungen notiert: 80% waren entweder stabil oder nur in Krisen rückfällig. Bei keinem Patienten hatte die Behandlung nichts bewirkt. 60% der Patienten arbeiteten, 40% auf dem gelernten Beruf.

4.4 Fall 4 aus Cluster IV

Vorgeschichte

Der Patient 4 kam kurz nach der Geburt in ein Säuglingsheim, da seine leibliche Mutter nicht für ihn sorgen konnte. Halbjährig wurde er von einer Pflegefamilie aufgenommen, die aber durch Eheschwierigkeiten und psychische Krankheiten selber schwer belastet war. Er galt als lebhaftes, etwas wildes Kind. In der Primarschule litt er unter Gesichtstics und wurde deswegen mit Beruhigungsmitteln behandelt. Nach der Sekundarschule begann er verschiedene Lehren, die er aber immer nach kurzer Zeit schon abbrechen musste wegen seines unangepassten Verhaltens. Es folgte eine Zeit in der Verschiedenes versucht wurde von Erziehungsheim, Bauernhof bis psychiatrischer Klinik. Da alle Arbeitsversuche scheiterten, verwahrloste er immer mehr und begann neben Alkohol und Medikamenten auch Heroin zu konsumieren. Zur Drogenbeschaffung ging er auf den Homosexuellen-Strich.

Behandlungsverlauf

Der Patient 4 kam als 23-jähriger ins Drop-in zu Beratung. Er hatte vom Hausarzt gelegentlich (illegal) Methadon erhalten. Die damalige Therapeutin versuchte ihn für eine stationäre Therapie zu gewinnen. Beim Erzählen seiner Lebensgeschichte, fragte er sich, ob er sei ein hoffnungsloser Fall sei. Manchmal wirkte er in den Gesprächen verwirrt, war aber meistens auf Konfrontation hin doch zu klaren Aussagen zu bewegen. Nach einem Jahr therapeutischer WG und drei Monaten "freier Wildbahn" in der Heroinszene kam der Patient in die Methadonbehandlung zurück. Er wirkte oft sehr kindlich, jungenhaft. Er kam sehr gerne zur Therapiestunde und wurde manchmal geradezu anhänglich. Weitere Arbeitsversuche konnte er maximal zwei bis drei Wochen durchhalten. Er war konnte sich schlecht an Regeln halten und war motorisch sehr unruhig. Nach dem Scheitern war er jeweils schnell enttäuscht und wütend. Gelegentlich hatte er Kontakt zu Frauen, wobei sich nie eine längere Beziehung ergab zu seinem grossen Leidwesen. Trotzdem gelang es ihm erstmals in seinem Leben, ein eigenes Zimmer ausserhalb einer stationären Institution zu bewohnen. Ferienabwesenheiten der Therapeutin vertrug er trotz Stellvertretung schlecht und geriet in eine fordernde Gier nach Geld oder Medikamenten. Der Patient litt unter seiner enormen Einsamkeit und die Therapeutin bot ihm deshalb zwei Wochenstunden an, was er sehr dankbar annahm. Aufgrund von Lymphdrüsenanschwellungen wurde damals 1984 erstmals bei einem Drop-in Patienten ein HIV-Test durchgeführt, der Antikörperpositiv ausfiel. Der Patient reagierte sehr heftig auf diese Nachricht und sah alle seine Zukunftswünsche, besonders den, eine Freundin zu haben, zerstört. Wenige Wochen später tat er sich einen jungen Schäferhund zu, der ihm sehr viel Freude bereitete. Er wanderte mit dem Hund stundenlang durch die Stadt und suchte frühmorgens verloren gegangenes Haschisch auf dem Platzspitz. Daneben war der Patient immer hochgradig von Benzodiazepinen abhängig. Die Phase von relativer Stabilität endete, als seine heissgeliebte Therapeutin das Drop-in verliess. Als er für kurze Zeit in Haft kam, starb sein Hund, den die Hüteperson vernachlässigt hatte. Auf diese neuerliche Trennung verwüstete er sein Zimmer und zündete es an in einer passageren Psychose. Er kam für kurze Zeit in stationäre Obhut. Der Therapeutenwechsel wurde von diesem Patienten äusserst schlecht vertragen. Er reagierte oft aggressiv, wurde zeitweise psychotisch und erlebte einen schlimmen Niedergang von alldem was er in der früheren Therapie erreicht hatte. Bei der letzten Therapeutin sechs Jahre nach Behandlungsbeginn wollte er sich schon gar nicht mehr auf Gespräche einlassen. Immerhin wohnte er in einer eigenen kleinen Wohnung, die ihm ein Freier vermittelt hatte. Er konsumierte täglich praktisch

das ganze Spektrum der verschiedenen Benzodiazepine. Er verlor sehr viel Gewicht, und konnte wegen Mund-Soor (HIV-IV C-2) kaum feste Nahrung zu sich nehmen. Als er übers Wochenende nicht zur Methadoneinnahme erschienen war, war die Therapeutin derart beunruhigt, dass sie entgegen jeder sonstigen Gepflogenheit, ihn zu Hause aufsuchte. Sie fand ihn dort äusserst geschwächt und transportierte ihn sofort ins nächste Spital. Zwei Tage später verstarb er dort. Post mortem wurde bei der Obduktion festgestellt, dass er eine Pneumocystis-carinii-Pneumonie, eine verkäsende Miliar-tuberkulose fast aller innerer Organe, Soor-Oesophagitis, Hirnödem und Toxoplasmose hatte. Man muss daher annehmen, dass auch die AIDS-Enzephalopathie für einige der psychopathologischen Befunde (Psychosen) verantwortlich war.

Diskussion

Dieser Patient löste eine für Verwahrloste typische Gegenübertragung aus, bei der der Therapeut dazu verführt wird, den Patienten retten und "adoptieren" zu wollen. Er wirkte ganz extrem einsam und verlassen, dabei aber liebenswert. Der Verwahrloste sendet einen Hilferuf an die Umgebung, der dem verzweiferten Rufen eines verwaisten Kindes gleicht, der einen auf einer triebhaften Ebene trifft und dem man sich kaum entziehen kann. Oft ist beim erwachsenen Verwahrlosten auch sehr viel Charme mit im Spiel, mit dem er die Menschen kurzfristig für sich gewinnen kann. Bei allem Mitleid sollte man nicht aus den Augen verlieren, dass es sich dabei um einen Charakterzug handelt, der tief in die Persönlichkeit eingefroren ist. Es findet ein Rollentausch in der emotionalen Besetzung statt, bei der der Therapeut sich quasi zu Bindung und Treue verpflichtet fühlt, weil der Patient diese nicht selber erbringen kann. Dieser Patient konnte beispielsweise nur aus seinem halb verwirrten Zustand herausfinden, wenn er die intensive Aufmerksamkeit des Therapeuten spürte. Der weitere Verlauf der "Adoption" ist leider oft dadurch geprägt, dass der Patient bei der ersten, oft selber provozierten Enttäuschung den Therapeuten fallen lässt. Mehrere solche Rückschläge hält auch der beste Therapeut nicht aus und so kommt es zur Wiederholung des Traumas beim Patienten wegen der Enttäuschung des Therapeuten. Die "adoptierende" Gegenübertragung ist zweifellos am Anfang der Therapie unbedingt notwendig, aber darüber sollte in den späteren Phasen nicht vergessen werden, dem Patienten seine Bindungsängste und Abwehren regelmässig zu deuten und zwar besonders im Zusammenhang mit allfälligen Regressionen. Meiner Meinung nach stellt eine schwere frühkindliche Verwahrlosung jedoch auch gewisse Grenzen an die Therapierbarkeit einer Person. Man muss schon vermuten, dass auch beim Menschen in

der frühen Kindheit Prägungen (im Sinne der Ethologen) auf menschliche Objekte stattfinden, die wenn sie in der kritischen Phase verpasst wurden, nur schwer nachgeholt werden können. Bei solch ganz schwer emotional Verwahrlosten ist die beste Pflege nur durch eine möglichst über Jahre konstante Betreuung, ein "Halten des Patienten" im Sinne Winnicotts (1984 S.317) gewährleistet. Beziehungsabbrüche, wie sie leider gerade durch institutionelle Gegebenheiten oft passieren, wirken sich wie bei diesem Patienten katastrophal aus.

5. Profil Cluster V: n=13 Patienten

5.1 Delikte des 5. Clusters

Die häufigsten Delikte der depressiv-narzisstischen Borderlinepatienten waren Diebstahl, Einbrüche, Sachbeschädigung und Körperverletzung. Bei einigen Frauen kam die unbewusste Verführung des Partners zum Suizid vor. Die Delinquenz begann mehrheitlich in der Adoleszenz.

5.2 Psychodynamik des 5. Clusters

Die Patienten von Cluster 5 hatten in jeder Hinsicht eine miserable Frustrationstoleranz und alle stürzten in selbstschädigendes Verhalten, wenn sie Schwierigkeiten hatten. Sie hatten in der Regel nur eine einzige nahe Beziehung, sei das zum Partner, zur Herkunftsfamilie oder zu einem Freund, aber ansonsten nur Kollegen. Qualitativ waren vermehrt Patienten dieser Gruppe anhänglich oder distanzlos. Wie bei den anderen mittel bis schwerer gestörten Patienten waren viele misstrauisch oder anspruchsvoll ambivalent. Zwei Drittel neigten zur gut-böse Spaltung. Typisch für der Beeinträchtigung der Realitätsprüfung der depressiv-narzisstischen Patienten war das Einsetzen eines alltäglichen Chaos als Abwehr: panikartige, planlose Handlungen, Unfähigkeit Abmachungen einzuhalten, für die Zukunft zu planen oder sogar die Tageszeit einzuschätzen. Die Beurteilung der eigenen Fähigkeiten und des Verhaltens der Umwelt war bei den meisten beeinträchtigt. Die schwere depressive Symptomatik äusserte sich fast immer offen, nicht verdeckt, kein einziger Patient konnte als aufgestellt oder unternehmungslustig bezeichnet werden. Lustlosigkeit, Schlafstörungen, Verlangsamung und ebenso Minderwertigkeitsgefühle waren am zweit häufigsten hinter den depressiven Neurotikern

verbreitet. Die Depressivität von Probanden des 5. Clusters hatte besonders ausagierende, masochistische Züge, was sich in häufig geäußerten Suizidgedanken und masochistischem Agieren zur Selbstsabotage zeigte. Dahinter steckte eine schwere narzisstische Störung. Eine Mehrheit war sehr leicht kränkbar, lebte in einem archaischen Grössenselbst oder in "Heldentaten" respektive mit Statussymbolen. Bei zwei Dritteln dienten die Straftaten der Inszenierung eines fremd-stigmatisierten Selbstbildes. Jedoch missbrauchten sie am wenigsten häufig ihre Beziehungen nur zur narzisstischen Bestätigung. Im Verhalten gegenüber Autoritäten waren sie eine Mischung aus unterwürfig und trotzig. Strukturell litten fast alle an widersprüchlichen Normen und die Hälfte an einem archaisch-radikalen Überich. Schuld- und Angstgefühle und weniger Scham wurden vor allem im Zusammenhang mit Überich-Ansprüchen erlebt. Bei den Abwehrformen schwangen die impulsiv-agierenden hoch oben aus: Betäuben, Somatisieren und Agieren. Neben projektiven Vorgängen und Verleugnungen trugen hysterische Mechanismen wie Affektualisieren, phobisches Vermeiden und Konversionssymptome zu einem "lärmenden" Krankheitsbild hinzu. Erstaunlich wenige der depressiv-narzisstischen Borderline-Patienten hatten je einen psychotischen Zusammenbruch erfahren; selten waren auch Wahnideen und Halluzinationen. Suizidversuche kamen zwar auch recht häufig vor aber weniger als bei den nur mittelschwer Gestörten. Am höchsten von allen rangierte jedoch die Rate an Tötlichkeiten. Zusammenfassend schien die gesamte Triebsorganisation dieser Gruppe wenig gefestigt. Viele Probanden hatten sexuelle Devianzen, ein Drittel homosexuelle oder bisexuelle Neigungen. Fast die Hälfte zeigten Anzeichen sexueller Verwahrlosung. Viele hatten ein besonders verführerisches oder experimentierendes sexuelles Verhalten. Im aggressiven Bereich kam es bei einer Mehrheit zu Wut- oder Tobsuchtsanfällen, bei einem Drittel zu Schlägereien. Und über die Hälfte der Probanden, verstand es, die Aggressionen der Umwelt auf sich zu ziehen.

5.3 Behandlung des 5. Clusters

Die depressiv-narzisstischen Borderline-Patienten hielten schon am Anfang die Konsultationen schlecht oder sehr schlecht ein. Als Motivation stand nur bei wenigen ein bewusster selbstständiger Entschluss zur Psychotherapie im Vordergrund. Der Wunsch nach Medikamenten und Sachhilfe, Krisen und äusserer Druck von Behörden und Angehörigen dominierten. Der Patient musste besonders häufig an die Therapie gemahnt werden, wenn er längere Zeit geschwänzt hatte. Fast alle Patienten litten stark an ihrer sozialen Situation, jedoch war ein Krankheitsbewusstsein oder gar eine Einsicht in unbewusste Konflikte als Verursacher der Störung nur bei wenigen

vorhanden. Schwänzen als Widerstand trat am häufigsten von allen Gruppen auf. Die beiden häufigsten Widerstände, die für den Therapeuten sehr schwer zu ertragen sind, waren die "Feuerwehrrübungen" zur Rettung aus ständig neuen Notsituationen und Konflikten, die ausserhalb der Therapiestunde inszeniert wurden. Beim 5. Cluster waren Übertragungsabwehren und Anteile negativer Übertragung besonders spürbar für den Therapeuten. Ausgeprägt war die anklammernde Ambivalenz. Die Möglichkeit im geschützten Rahmen der Therapie eine gutartige Regression einzugehen, war bei den wenigsten depressiv-narzisstischen Patienten vorhanden. Mehr als die Hälfte lebte die Regression an der Sucht aus, und ein Drittel regredierte in eine bösartige Spirale. Bei einem Drittel dieser Patienten konnten breitgestreute Verbesserungen in der Psychodynamik (5-8 Dim) beobachtet werden. Die symptomatischen Veränderungen ergaben beinahe zwei gleich grosse Teilgruppen, von denen die eine relativ erfolgreich war, die andere gar nicht. Zwei dieser ansonsten erfolgreichen Probanden hatten allerdings eine gewisse Suchtverlagerung durchgemacht. Kein Proband dieser Teilgruppe prostituierte sich mehr. Von der gebesserten Teilgruppe bezog die Hälfte eine IV-Rente, die andere Hälfte arbeiteten regulär in ihrem gelernten Beruf oder hatten während der Behandlung erfolgreich eine Ausbildung mit anerkanntem Lehrabschluss absolviert. Die andere Hälfte des Clusters war leider in einem traurigen Zustand. Alle hatten zu der in meist nicht einmal verbesserten Sucht eine Suchtverlagerung durchgemacht und ebenfalls viele delinquierte weiter oder gingen auf den Strich. In der nicht so erfolgreichen Teilgruppe arbeiteten nur zwei Personen (15%) temporär oder Teilzeit.

5.4 Fall 5x aus Cluster V

Vorgeschichte

Die Patientin 5x war die älteste Tochter und kam aus bescheidenen Verhältnissen. Sie musste schon in frühester Kindheit für ein jüngeres Geschwister sorgen mit dem sie den ganzen Tag allein war. Sie sei vom Vater sexuell missbraucht und geschlagen worden. Schon in der Kindheit habe sie unter psychosomatischen Beschwerden gelitten. Im Primarschulalter der Patienten wurde die Ehe der Eltern dann geschieden. Sie sei in der Schule von den andern Kindern oft gehänselt worden. Mit 17 Jahren während der Anlehre wurde sie schwanger und musste auf Drängen der Mutter das Kind im Ausland abtreiben lassen. Kurze Zeit später verliebte sie sich einen Fixer und fing selber mit dem Heroinkonsum an, angeblich wegen ihrer starken Schmerzen. Der Freund verstarb wenig später an einer Überdosis. Mit dem nächsten heroinsabhängigen Freund verbrachte

sie die meiste Zeit in Holland, wo sie sich für die Beschaffung des Heroins prostituierte. Als beide verhaftet wurden, bewirkte sie mit ihrer Aussage, dass der Freund für mehrere Jahre ins Gefängnis musste, während sie frei gesprochen wurde. Zurück in der Schweiz erkrankte sie mit ersten Symptomen von AIDS.

Behandlungsverlauf

Aus somatischer Indikation wurde die Patientin 5x ins Methadonprogramm des Drop-in aufgenommen. Die erste Zeit lebte sie bei einem älteren alkoholabhängigen Freier. Äusserlich sah man ihr die Fixerin auf Kilometer gegen den Wind an. Anfangs hatte sie sehr Mühe, sich an irgendwelche Abmachungen zu halten, jedoch idealisierte sie in plumper Weise den Therapeuten und andere Ärzte. Die Stunden waren geprägt von ihrem unaufhaltbaren Redefluss, sodass der Therapeut kaum je zu Wort kam. Ende des ersten Jahres inszenierte sie unter Rohypnoleinfluss zusammen mit einem Bekannten, was sie einen "bewaffneten Raubüberfall" nannte. Dieser bedrohte mit einer Spielzeugpistole eine Apothekerin, wobei sie sich so wenig gefährdet fühlte, dass sie die Pistole kurzerhand packte und die Polizei rief. Wenn die Patientin, die damals an Krücken ging, sich nicht so auffällig um Flucht bemüht und dem Täter nachgerufen hätte, hätte niemand überhaupt bemerkt, dass sie dazu gehörte. Die Patientin kostete die Konsequenzen des "Raubüberfalls" in vollen Zügen aus. Einerseits fühlte sie sich als schwere Verbrecherin, andererseits war der Kontakt zu den Strafbehörden jedesmal wieder eine neue Bestätigung der Wichtigkeit ihrer Person. Sie sah sich praktisch nur noch im Kontakt mit Richtern und Ärzten. Aus dem ganzen Tamtam wurde ein gewisses Intelligenzdefizit ersichtlich. Daneben war ihr Lebenswandel absolut chaotisch. Sie konnte kaum Termine einhalten, war körperlich sehr ungepflegt und von zahlreichen Geschlechtskrankheiten betroffen. Arbeit war jenseits jeder realistischen Perspektive und so wurde die Invalidenrente beantragt. Auf Terminverschiebungen reagierte sie dermassen beleidigt und empfindlich, dass praktisch über 5 Jahre derselbe Termin beibehalten werden musste. Jedoch war die Behandlung insofern erfolgreich, als der Gebrauch illegaler Betäubungsmittel ganz verschwand und keine Straftaten mehr geschahen. Eine weitere Schwierigkeit bestand darin, die Patientin zu den dringend notwendigen Spitalaufenthalten zu bewegen. Alle Bemerkungen diesbezüglich nahm sie dem Therapeuten sehr in Übel und fühlte sich bevormundet. Überhaupt nahm sie als einzige Interventionen narzisstische Zufuhr und Bestätigung durch den Therapeuten an, die er ihr auch reichlich gab. Alle noch so vorsichtigen Deutungen oder Konfrontationen wurden paranoid verarbeitet. Andererseits war

sie dann sehr froh um den Therapeuten, als dieser ihr kurzfristig eine neue Wohnmöglichkeit organisierte, als die Situation mit dem alten Mann unhaltbar geworden war. Gleichzeitig stahl sie dem alten Mann dessen heissgeliebte Katze. Jeder Einwand, dass sie sich selber ein junges Haustier zutun könnte, um dem alten Mann weniger weh zu tun, lehnte sie mit der Begründung ab, dass es hier nur um das Wohl der Katze ginge. Jedenfalls ging es ihr selber mit der Katze deutlich besser. Sie verliebte sich einen jüngeren Alkoholiker, der sie immer wieder zurückstiess und schlug. Sie reagierte auf seine Gewalt mit moralischem Triumph: "sie wolle ihm bewusst nicht mit gleicher Münze zurückzahlen". Durch den Freund kam sie selber auf den Geschmack des Alkohols und trank erheblich. In den nächsten zwei Jahren verstarben beide Freunde am Alkoholismus. Ein weiterer nichtsüchtiger Mann, mit dem sie ein Verhältnis gehabt hatte, starb an Überdosis. Trotzdem war ihr Lebenswandel jetzt weniger chaotisch und sie fand in eigener Regie eine kleine Wohnung. Während sie früher ihre massiven Aggressionen in unterwürfig masochistischer Weise abgeführt hatte, wurde sie, anfangs kaum merklich, zunehmend sadistischer gegenüber ihren Bekannten und den Mitarbeitern der Beratungsstelle. Sie inszenierte immer wieder Gelegenheiten, um zu beweisen, wie unfähig diese seien und versuchte alle durch distanzloses und anspruchsvolles Verhalten in ständiger Bereitschaft zu halten. Gelegentlich tauchten Episoden von Übertragungspsychose auf, in denen der Therapeut mit wahnhaften, paranoiden Beschuldigungen der Patientin umgehen musste, die sich aber letztlich nach einigen Wochen wieder auflösten. Ein neuer, viel jüngerer Freund wurde von ihr wie ein Hund behandelt. Zufällig kam aus, dass sie ihren Freund über ihre HIV-Infektion angelogen hatte und sie sich nicht schützten im Geschlechtsverkehr. Auf die sehr nachdrückliche Konfrontation des Therapeuten sagte sie dem Freund endlich die Wahrheit. Trotz intensiver Aufklärung bemühten sich die beiden nicht um Kondomgebrauch und es kam zur Ansteckung des Freundes mit dem HI-Virus. Die Konfrontation mit dem Lügen, auch in der Therapie führte zu einer neuen paranoiden Episode in der Übertragung. Durch die zunehmende Verschlechterung der therapeutischen Beziehung, das ständige Lügen, ihr antisoziales Agieren und ihre Unfähigkeit, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, wurde die Behandlung schliesslich abgebrochen. Danach bezog die Patientin ihr Methadon bei einem Hausarzt, wobei sie unbedingt weitere Psychotherapie wollte.

Diskussion

Das Problem der Patientin stammte aus dem massiven Kindsmisbrauch und der Vernachlässigung, die ihre

Objektbesetzungen mit grossen Quantitäten nicht neutralisierter Aggression zurückliess (Le Soldat 1989 S.138). Diese Triebenergien konnten nur noch im Masochismus, später im Sadismus abgeführt werden. Zusätzlich zum Intelligenzdefizit bestanden bei ihr zwei Charakterzüge nebeneinander, die beide sehr rigide und schwer zu therapieren sind. Einerseits litt sie an tief verwurzelten antisozialen Zügen, die eine Vertrauensbeziehung zum vornherein sehr belasteten. Sehr oft log sie beispielsweise den Therapeuten an und versuchte, Mitarbeiter gegeneinander auszuspielen. Daneben hatte sie aber eine moralisch masochistische Haltung und eine unerschütterliche Überzeugung, dass sie selber ein engelhaftes, unschuldiges Opfer sei und alles "Böse" ausserhalb ihrer selbst in den andern Menschen lokalisiert sei. Diese Kombination führte dazu, dass sie unbelastet von Schuldgefühlen agieren konnte. Eine solche sehr destruktive, masochistische Charakterstruktur wurde beispielsweise von Kernberg (1989 S.421) beschrieben. Deutlich spürbar war schon anfangs die latent negative Übertragung, die kein echtes therapeutisches Arbeitsbündnis zuließ. Die Auflösung der negativen Übertragung war in diesem Fall eine unlösbare Aufgabe. Einerseits konnte diese nicht gedeutet werden (Kernberg 1980 S.103), denn die Patientin hatte keinerlei Einsicht und fühlte sich abgelehnt. Andererseits führte das ausdauernde spiegelnde Bestätigen und Loben der Patientin langfristig nicht zu einer Verbesserung des Vertrauens, sondern wurde von der Patientin mit einer Selbstverständlichkeit hingenommen, die eine weitere Expansion des Grössenselbst bewirkte. Wichtige Hinweise zum Umgang mit dem chronischen Lügen und der paranoiden Übertragungspsychose finden sich im neueren Buch von Kernberg (1989 S.417). So schlägt er vor, das paranoide Misstrauen des Patienten zum Parameter zu erklären, um zusammen einen Konsens zu finden, wie man weiterarbeiten könnte.

5.5 Fall 5y aus Cluster V

Vorgeschichte

Patient 5y lebte nach dem Tod es Vaters zwischen dem 3. und 6. Lebensjahr bei den Grosseltern, wo er sich sehr unglücklich fühlte. Beim Schuleintritt konnte er zu seiner Mutter zurück ziehen. In der Primarschule empfand er sich selber als verschupft und geplatzt von den andern Kindern. Lange war er Bettnässer. Als er sich in der Pubertät zu einer stattlichen Erscheinung mauserte und Sport trieb, habe er einen "ungeheuren" Zuwachs an Selbstvertrauen gewonnen. Er tat sich in der Mechanikerlehre durch seines freches Betragen hervor, bestand aber die Abschlussprüfung mit guten Noten. In

der Prüfungszeit hatte er mit dem Konsum harter Drogen begonnen. Diese beschaffte er anfangs durch Veruntreuungen. Später verübte er einen ziemlich dilettantischen Raubüberfall, dessen Konsequenzen, ihn einer stationären Behandlung zuführten.

Behandlungsverlauf

Der Patient 5y begann die Behandlung im Drop-in kurz nach Beendigung seiner stationären Therapie, weil er sah, dass er nicht abstinent leben konnte. Er arbeitete und wirkte relativ integriert. Im ersten Therapiejahr zeigte sich mehr und mehr seine Arbeitsunfähigkeit wegen seines auffälligen Verhaltens. Da er überall im Mittelpunkt stehen wollte und ziemlich eigenmächtige Entscheidungen traf, wurde jeweils schon nach kurzer Zeit wieder entlassen. Er litt an einer ausgeprägten gut-böse Spaltung und phantasierte oft Bombenanschläge auf seine diversen Feinde. Manchmal geriet er mit Passanten wegen Kleinigkeiten in Konflikte, wobei er Schlägereien immer nur haarscharf vermeiden konnte. In den Therapiestunden war er von Anfang an sehr mit Rechtfertigungen seines Verhaltens beschäftigt. Deutungen diesbezüglich führten nur zu neuen abwehrenden Rationalisierungen. Der Patient hatte aber einen guten Draht zum Therapeuten, der ihn auch mochte. Er war immer ehrlich, aber er hatte gleichzeitig die Erwartung, dass deswegen alles sofort verziehen oder ungeschehen sei, was zu einigen Diskussionen führte. Um überhaupt noch an die Arbeit gehen zu können und um eine zunehmende schwere Depression abzuwehren, nahm er neben dem Methadon immer mehr Alkohol, Benzodiazepine und Kokain. Dazwischen wurde er auffällig oft krank, meist ohne somatischen Befund. Nach Anlässen, auf die er sich sehr gefreut hatte und die dann nicht seinen Erwartungen entsprachen, betäubte er sich ganz massiv und geriet in ein delinquentes Agieren mit Diebstählen und Sachbeschädigungen. Nachdem er definitiv nirgends mehr eine Stelle fand, wurde er für mehr als ein Jahr sehr schwer depressiv. Er konnte manchmal tagelang das Bett kaum verlassen. Auch in der Behandlung war er regrediert und stellte ständig neue Forderungen nach Ausnahmen bezüglich Methadonabgabe oder Terminverschiebungen. Ein weiteres Problem war das grosse Identitätsdefizit des Patienten. Er versuchte diese Löcher mit Scheinidentitäten zu stopfen, indem er sich beispielsweise als grosser Sportler gab, obwohl er seit Jahren nicht trainiert hatte oder zu Zeiten mit einem bisexuellen Habitus kokettierte. Daneben pflegte er eine phantasierte Beziehung zu einer Frau im Ausland, die er total idealisierte, obwohl er sich kaum mit ihr verständigen konnte und auch nur ganz kurze Zeit in den Ferien mit ihr verbrachte hatte. Manchmal äusserte er gegenüber dem Therapeuten Wünsche nach

körperlicher Zuwendung und passiver Submission zum Beispiel in Form von Massage oder Hypnose. Die Übertragungsdeutungen hierzu konnte er gut akzeptieren und die Beziehung vertiefte sich. Nach etwa zweieinhalb Jahren hatte jedoch die Regression einen Tiefpunkt erreicht. Der Patient war wochenlang krank gewesen und erschien eines Tages mit einer gefährlichen Überdosis zur Methadonabgabe. Er verliess die psychiatrische Klinik am nächsten Tag, obwohl er eine Einweisung geradezu provoziert hatte. Auch in der Zeit danach weigerte er sich unter stationären Bedingungen und Methadonsubstitution den Betäubungsmittelkonsum zu reduzieren. Nachdem ihm ein Ultimatum gesetzt worden war, entschloss er sich die Methadonbehandlung zu einem Hausarzt zu verlegen aber die psychoanalytischen Gespräche mit dem Therapeuten weiterzuführen. Die Wut über das Ultimatum verschob er auf den Arzt, der ihn eingewiesen hatte, während er die Beziehung zum eigenen Therapeuten nach wie vor gut und wichtig fand. Anhand dieser Episode wurde die gut-böse Spaltung etwas bearbeitet und er konnte die auch Enttäuschung am Therapeuten zur Kenntnis nehmen. Nachdem er der Konfrontation mit seiner Polytoxikomanie ausgewichen war, hielt sein Verhalten der Abwehr von Schuld- und Schamgefühlen durch Verteidigungsreden weiter an. In einer Stunde, in der der Therapeut nicht so geduldig wie sonst war, konfrontierte er den Patienten ziemlich massiv mit etwas Ärger in der Stimme. Der Patient kam erstmals von seinen Rechtfertigungen ab, und meinte, dem Therapeuten "gehe es wohl heute nicht so gut, sonst sei er nämlich anders". Der Therapeut gab zu, dass das teilweise stimmte und im Gesicht des Patienten zuckte ein für ihn neuer Schimmer von Überlegenheit. Diese kurze Episode führte nach Meinung des Therapeuten zu einer entscheidenden Wendung der Beziehung und reduzierte das polytoxikomane Muster des Patienten enorm. Nach dieser Stunde hatte der Patient nie mehr delinquent und auch die Abstürze hielten sich in Grenzen und verschwanden mit der Zeit fast vollständig. Daneben hatte er beim Hausarzt die Methadondosis reduziert, was zu einer entscheidenden Stimmungsaufhellung beitrug, denn offenbar war er wirklich früher zu hoch dosiert gewesen. Obwohl er nicht arbeiten konnte, half er gelegentlich aus bei Freunden mit diversen Arbeiten im Haushalt und Garage und verdiente so ein Taschengeld. Ganz entscheidend hatten sich die Beziehungen des Patienten verbessert. Er pflegte diverse langjährige Freundschaften, die er auch durch Konflikte hinweg aufrechterhielt.

Diskussion der Behandlung

Diese Behandlung exemplifiziert sehr gut den Umgang mit der Regression wie er von Balint (1970) vorgeschlagen wurde.

Die Regression dieses Patienten bestand sowohl aus gutartigen Anteilen, nämlich den Verteidigungsreden mit denen er sich klein und schuldig darstellte oder den Wünschen nach passiver Triebbefriedigung. Dieses Material war mit dem Mittel der Deutung sehr gut zu bearbeiten. Andererseits bestanden auch weniger harmlose regressive Anteile, die sich beispielsweise in den ständigen funktionellen Krankheiten und den masslosen Abstürzen äusserten, die zum schweren Agieren ausserhalb der Behandlung geführt hatten. Wie bei vielen Süchtigen dienten diese Regressionen in unkontrollierte Sucht und in ein Agieren dem Patienten 5y der Abwehr einer Bindung an den Therapeuten (Kernberg 1989 S.381). Dieses Agieren muss deshalb in Kombination mit der Übertragungsdeutung dem Patienten verboten werden, notfalls mit handfesten Massnahmen. Gefürchtet von allen Suchtfachleuten sind die regressiven Forderungen eines Patienten nach Geld, Arbeitszeugnissen, Terminverschiebungen, Medikamenten oder ähnlichem im Zusammenhang mit der gut-böse Spaltung. Werden die Wünsche erfüllt, so ist die Welt des Patienten in Ordnung und Deutungen fallen auf unfruchtbares Gelände. Man hat vielmehr einen zufriedenen, satten "Säugling" vor sich, der sich um nichts mehr Sorgen macht. Bei der ersten abgelehnten Bitte bricht das Ganze jedoch zusammen und der Therapeut sieht die Beziehung auf einmal schwer gefährdet durch die Enttäuschung des Patienten. Dann kann erst recht nichts mehr gedeutet werden, weil die dazu notwendige gute Beziehung fehlt und der Patient die Deutungen nur als "Ausreden" des Therapeuten missversteht. Der richtige Umgang mit solchen Situationen besteht darin, dass man den Patienten vorerst in Ungewissheit lässt, ob man die Bitte erfüllen wird und in dieser Zeit die Deutungen der gut-böse Spaltung anbringt. Nachdem der Patient auf seine latent negative Übertragung aufmerksam wurde und auf sein Missverständnis, dass er materielle Zugeständnisse mit Verständnis oder Freundschaft verwechselt, kann man erst das Ja-Wort zur Bitte geben. Oft muss diese stressige Prozedur nur ein einziges mal angewendet werden, dann verschwindet die Dringlichkeit der Wünsche.

3. Berichtigungen

Immer wurde die Geschwister Konstellation und die Anzahl Geschwister etwas abgeändert.

1. Cluster: Kathrin S.

2. Cluster: Claudia A.

Mittelfussamputation. Sekundarschule statt Gymnasium.
Lehre angefangen als Fotoreprografin.

3. Cluster: Renate B.

Freund ist Dealer und selber süchtig

4. Cluster: Markus J.

5. Cluster: Monika F. & Urs F.

Urs: KV Lehre. Pflegeeltern statt Grosseltern.

Monika: Hund statt Katze weggenommen, einem Mitpatienten und nicht dem älteren Freund. Sicher nicht zu unrecht beurteilte Kernberg (1980 S.350) die Prognose für pathologische Narzissten mit antisozialem Charakter als sehr schlecht.

Andererseits konnte auch eine Verschmelzung des Narzissmus mit archaischen Überich-Vorläufern beobachtet werden. Die Patientin war ständig mit der Abwehr massivster Aggressionen beschäftigt und fühlte deshalb einen moralischen Triumph gegenüber andern Menschen, die sich weniger Mühe gaben, Abgrenzung oder Kritik zu unterdrücken. Dies lassen die libidinösen Triebanteile verkümmern in den Objektbeziehungen. Fragwürdiger Erfolg der Behandlung die Umkehrung des masochistischen Verhaltens in ein sadistisches.

VIII. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

1. Grundsätzliches zu Methode und Stichprobe

Da sich die vorliegende Arbeit im Grenzbereich zwischen empirischer Forschung und therapeutischem Alltag bewegt, mussten methodisch einige Anpassungen an die praktische Realität gemacht werden. Konkret heisst das, dass vom streng objektivierbaren Vorgehen der Empirie einige Abstriche gemacht werden mussten. Ergebnisse aus den besser überprüfbareren Variablen stehen dann auch in einem dialektischen Verhältnis zu den mehr interpretativen Fragen, die ebenso gestellt wurden. Dies wäre das methodische Ziel der Untersuchung. Wenn also die Ergebnisse dieser Arbeit nicht eine streng überprüfbare empirische Objektivität besitzen, welches inhaltliche Ziel erfüllt sie dann? Die Phänomenologie dieser Behandlungen hat meiner Meinung nach die Aufgabe, die heute vielfältige, ungeheuer breite psychoanalytische Literatur zu den frühen Störungen um bestimmte praxisrelevante Themen auszuwählen und zu gruppieren.

1.1 Zur Datenerhebung

Zur Diskussion der vorliegenden Ergebnisse muss zunächst bemerkt werden, dass die Anzahl untersuchter Patienten ($n=40$) zu klein war, als dass sich daraus allein gültige Schlüsse auf alle ambulant behandelten delinquenten Süchtigen ziehen liessen. Eine repräsentative Stichprobe für delinquente Süchtige generell zu finden, ist ein Ding der Unmöglichkeit, da dieses Kollektiv wie alle Randgruppen wissenschaftlich kaum zu erfassen ist. Die Diskussion musste daher in der Auseinandersetzung mit den Ergebnissen ähnlicher Forschungsarbeiten geführt werden. Als Messinstrument wurde in weiten Teilen der Arbeit der klinische Eindruck des behandelnden Therapeuten verwendet. Der Wahrheitsgehalt dieses Messinstruments ist nicht objektivierbar und hat nur im Rahmen der Zweierbeziehung des einzelnen Therapeuten-Patienten Paares eine relative Gültigkeit. Man kann sich daher auch fragen, inwiefern "self-fulfilling prophecies" für das Therapieergebnis von Bedeutung sein könnten. Eine weitere Einschränkung bei der Interpretation der Ergebnisse sind die grossen zeitlichen Fluktuationen der psychischen Befindlichkeit jedes Menschen. Noch ein Nachteil dieser Untersuchung resultiert daraus, dass die Fragen nur einmalig nach einigen Jahren der Behandlung erhoben wurden, sodass anstatt von verschiedenen Untersuchungszeitpunkten nur aus der

Retrospektive geurteilt wurde. Da vergangene Beobachtungen und Ereignisse im Licht der aktuellen Situation gesehen werden, können sie je nach Untersuchungszeitpunkt ganz verschieden ausfallen. Die Diagnostik und Behandlung wurden speziell aus der Optik des Therapeuten beschrieben; es waren nicht bloss harte Fakten sondern auch Interpretationen und Erlebnisse der Therapeuten Thema der Evaluation. Weil nicht die Patienten selber befragt wurden, könnten sich im schlimmsten Fall Institutionsideologien des Drop-in als Fehlerquellen eingeschlichen haben. Aus allen diesen Gründen kann die vorliegende Untersuchung nur einen relativen Anspruch nicht einen absoluten an Objektivität stellen. Die relative Gültigkeit besteht darin, dass einige Merkmale von delinquenten süchtigen Patienten, die sich freiwillig in Behandlung begeben hatten und typische Schwierigkeiten in deren Behandlung in einem gegenüber der Einzelfallstudie vergrösserten Rahmen erhoben werden konnten. Wichtig dabei war auch, dass nicht bloss die Erfahrungen eines einzelnen Therapeuten niedergeschrieben wurden, wie das in der psychoanalytischen Literatur oft so ist. Alle Ergebnisse dieser Art von Untersuchung sind natürlich enorm angreifbar. Indessen haben der klinische Eindruck der Patienten, die ganze heuristische Art der Diagnosenstellung in der Psychiatrie und die verschiedenen Behandlungsstrategien in der Praxis eine beträchtliche praktische Relevanz. Aufgrund dieser, weitgehend unerforschten Methoden werden Gutachten geschrieben, die Zurechnungsfähigkeit aus der Retrospektive und andere Eigenschaften eines Menschen beurteilt, jahrelange Behandlungen durchgeführt und Prognosen gestellt. Gerade darin liegt meines Erachtens das wichtigste Anliegen dieser Arbeit: Ergebnisse und Interpretationen des therapeutischen Alltags in ihrer ganzen Problematik transparent und somit auch angreifbar zu machen.

1.2 Zur Clusterlösung

Die Clusterbildung führte zu einer Differenzierung von Syndromen innerhalb der untersuchten Stichprobe. Sie sagte aber nichts aus zu Unterschieden gegenüber andern Kollektiven oder Normstichproben. Besonders betraf dies auch den Schweregrad bestimmter Störungen. Wir wissen nichts darüber, ob die untersuchten Patienten oder einzelne Cluster schwerer gestört waren als eine gleichaltrige Bevölkerungsstichprobe oder nicht. Aufgrund der Clusterbildung und noch deutlicher der Fallbeispiele sah man, dass es keine süchtige oder delinquente Persönlichkeit an sich gibt, sondern dass diese beiden Symptomatiken eigentlich als Komplikationen jeder beliebigen Neurose oder Borderline-Störung auftauchen können, wenn ein Suchtmittel verfügbar ist und gewisse ungünstige

soziale Umstände mitwirken (Uchtenhagen & Zimmer 1985 S.32). Somit konnte einmal mehr darauf hingewiesen werden, dass Süchte und sonstige deviante Verhaltensweisen nicht nur bei psychisch Kranken oder behinderten Menschen auftreten, sondern multifaktoriell bedingt sind. Natürlich haben Substanzenmissbrauch und Marginalisierung in der Gesellschaft sekundär eine Eigendynamik, die selbstschädigende Konsequenzen und psychische Auffälligkeiten nach sich ziehen können. Die Einsicht, dass ein einzelnes Symptom oder Syndrom allein noch keine nosologische Einheit bilden, ist an sich unbestritten in der Psychiatrie. Umsomehr erstaunt es, dass gerade für Behandlung und Prognose der Süchte noch viel zuwenig die Konsequenzen dieser Tatsache berücksichtigt wurden.

Eines der wichtigsten Ergebnisse dieser Arbeit war das Bestehen einer Untergruppe (Cluster 1) von im klinischen Eindruck weniger gestörten Personen (22.5%) innerhalb der Stichprobe. Dieses Cluster bildete sich mit jedem möglichem Clusteringverfahren heraus, sodass es sich um ein sogenannt natürliches Cluster handeln muss. Man kann weiter annehmen, dass sich dieses Resultat reproduzieren lässt, da eine Gruppe von psychopathologisch weniger auffälligen Patienten schon in verschiedenen andern Stichproben von Süchtigen gefunden wurde (Geerlings 1988, Swift et al. 1990 S.629 ff). Ihr prozentualer Anteil unter den untersuchten Probanden schwankte zwischen 30% und 39%. Bei der genauen Untersuchung der Symptome und Psychodynamik sowie des Behandlungserfolges bestätigte sich dann, dass die psychischen Störungen dieser Personen wirklich nicht so gravierend waren. Dies ist nun insofern interessant, als die andern Untersuchungen meistens nur einen Zeitpunkt erfassten und nichts über die längerfristige Stabilität der untersuchten Patienten aussagten. Aus psychoanalytischer Sicht wurde die Beobachtung einer wenig gestörten Gruppe unter den Alkoholikern von Rost (1987 S.124 ff) erwähnt. Dazu bespricht Rost, dass mittelschwer gestörte Personen manchmal weniger gute Behandlungsergebnisse aufweisen als die wirklich schwerst gestörten Borderline-Persönlichkeiten unter den Alkoholikern. Auch diese Behauptung traf für unsere Stichprobe in sehr ähnlicher Weise zu.

Interessant wurde der Unterschied zwischen den Clustern wenn man die verschiedenen Variablen aufgrund ihrer "Weichheit" verglich. "Weichheit" ist hier im Sinne der objektiven Überprüfbarkeit gemeint. Anhand des Behandlungsverlaufs und der detaillierten Kenntnis der Symptome stellte sich nämlich heraus, dass der anfängliche klinische Eindruck eines Patienten keinesfalls das letzte Wort bei der Prognose behalten sollte.

1.3 Zu den Grundmerkmalen der Stichprobe

Durch die englische Studie in Wirral bei Liverpool (Parker et al. 1987 S.147ff) wurde bekannt, dass in therapeutischen Institutionen anteilmässig (1/4 Frauen) mehr Frauen anhängig sind als bei den Justizbehörden (1/6 Frauen). In einer Schweizer Fixerstichprobe, die aus verschiedensten Institutionen stammten (Uchtenhagen und Zimmer 1985 S.61) betrug der Frauenanteil 27.4%. Eine andere Untersuchung aus Sydney, Australien (Swift et al. 1990 S.629 ff) wies für die dortige Beratungsstelle einen Frauenanteil von 49% nach. Es könnte daher sein, dass die Compliance bei der psychiatrischen Behandlung von Frauen höher ist als von Männern. Weitere Vermutungen zur übergrossen Zahl Frauen (52.5%) in unserer Stichprobe, sind die Erhebung einer leichteren Delinquenz, wobei Frauen stärker vertreten sind als im Durchschnitt, eine längere Behandlungsretention von Frauen oder eine vermehrte Selektion von Frauen durch die beteiligten Therapeuten. Das Durchschnittsalter unserer Probanden war mit 26.3 Jahren um zweieinhalb Jahre höher als in der Stichprobe von Uchtenhagen und Zimmer (1985 S.61) und zweieinhalb Jahre tiefer als in der Stichprobe von 97 Methadonpatienten im Drop-in 1987 (Haas & Kurz 1988 S.583). In Übereinstimmung mit Dobler-Mikola und Zimmer (1990 S.12) fand sich auch hier ein Altersunterschied zwischen Frauen und Männern von 3 Jahren. Ausbildungsmässig waren unsere 40 Probanden gegenüber Gleichaltrigen aus der Durchschnittsbevölkerung deutlich benachteiligt, indem nur 32.5% eine abgeschlossene Lehre oder höhere Bildung besaßen, während 60% keine abgeschlossene Ausbildung hatten. Die Ausbildungsverhältnisse stimmten weitgehend mit der Stichprobe von Uchtenhagen und Zimmer (1985 S.78) überein. Die vorliegende Patientenpopulation unterscheidet sich nicht nur durch ihre Störung von der einer durchschnittlichen Analytikerpraxis, sondern auch durch ihre Schichtzugehörigkeit. Fast alle Patienten kamen aus Familien, denen Psychoanalyse oder andere aufklärerische Philosophien fremd waren. Diese Patienten vergleichen sich deshalb oft mehr mit Patienten, wie sie anfangs Jahrhundert von den frühen Analytikern behandelt wurden. Keiner war psychologisch "verbildet". Deutungen waren für diese Patienten oft noch echte Neuheiten und Offenbarungen. Bei der Clustereinteilung fand sich ein Trend, dass Frauen eher in die Cluster mit schwerer Depressivität (Cl 3 & 5) und schlechterer Prognose gehörten, während die Männer in den Cluster 1 & 4 dominierten mit geringfügiger Depressivität und guter Prognose. Einerseits zeigten verschiedene Untersuchungen, dass Frauen aufgrund eines männlich orientierten Gesundheits-Ideals im Bezug auf ihre Psychopathologie durchgehend als gestörter eingestuft

werden als Männer. Andererseits müssen wir berücksichtigen (Dobler-Mikola und Zimmer 1990 S.14ff), dass drogenabhängige Frauen mehr von massiven psychosozialen Defizite der Herkunftsfamilie belastet waren als die Männer, bei denen als sich Risiko für die Genese einer Sucht eher tiefe soziale Schicht und schlechte Schulbildung herausstellte. Genau die psychosozialen Defizite der Herkunftsfamilie bewirken oft Traumatisierungen der Kinder, die nach analytischer Auffassung zu schweren Persönlichkeitsstörungen führen.

1.4 Zu den Devianzerscheinungen

Einzelne Verwahrlosungssymptome müssen deutlich abgegrenzt werden zu der frühkindlichen, affektiven Verwahrlosung, die mit einzelnen Symptomen nicht identisch ist. Ungepflegtheit und Obdachlosigkeit können auch aus sozialen Ursachen, aus einem neurotischen Konflikt oder einer unverarbeiteten narzisstischen Kränkung resultieren. So war beispielsweise ein Patient aus Cluster 1, der nur auf dem neurotischen Niveau gestört war, äusserlich sehr ungepflegt, was er zur Verdeckung einer Behinderung inszenierte. Verwahrlosungserscheinungen, insbesondere das Herumtreiben und die Unfähigkeit ein eigenes Zimmer zu halten können nach Schmideberg (1932 S.492ff) im Zusammenhang mit dem Gefühl der Verlassenheit auftreten. Das Weglaufen oder die Obdachlosigkeit können eine Rache für das Verlassen werden darstellen, sie sind aber auch der Vollzug einer befürchteten Strafe und ein gemilderter Selbstmordversuch. Die häufige, gewerbsmässige Prostitution vor der Behandlung kam viel häufiger vor (27.5%) als in einer vergleichbaren Stichprobe von Drop-in Methadonpatienten (19%) (Huber-Stemich & Haas 1990 S.1019) und der Stichprobe der Langzeitstudie des sozialpsychiatrischen Dienstes (Dobler-Mikola und Zimmer 1990 S.14). Dabei handelt es sich wohl um ein Artefakt wegen des höheren Frauenanteils. Das Vorkommen einer gelegentlichen oder seltenen Prostitution war sowohl bei den männlichen Probanden mit 33% und den weiblichen mit 66% verbreitet.

1.5 Zur Delinquenz

Mit der Clusteranalyse liess sich eine distinkte Unterscheidung machen zwischen Probanden ohne auffällige Psychopathologie neben der Sucht (22.5%) und solchen mit verschiedenartigen, teils sehr schweren Störungen. Unter diesen am wenigsten gestörten Probanden fanden sich signifikant häufiger (89%) Dealer (versus 20% bei den andern Clustern), dafür um so weniger Gewaltdelikte. Die Prominenz des Dealens unter den Probanden des ersten Clusters war wohl

kaum ein Zufall. Das Dealen erfordert sicherlich einiges an Frustrationstoleranz und Planung. Schwerer gestörte Personen bringen oft die dazu notwendige Ich-Stärke nicht auf und verfixen unter völliger Verleugnung des Realitätsprinzips den ganzen Stoff, den sie auf Provision verkaufen sollten. Danach ist gewöhnlich Schluss mit der guten "Connection" und dem Kaufen auf Provision. Bekannterweise bildet sich auch in der Fixerszene eine kapitalistische Hierarchie heraus. Kleindealer bilden die Mittelschicht von "höheren Angestellten" und "selbständigen Unternehmern". Personen, die ihr Geld nicht "investieren" können, sondern sofort in Konsumgüter (Suchtmittel) umsetzen, gehören als Einbrecher, Diebe und Prostituierte zur "Arbeiterschicht" der Szene. Zu unterst in der Subkultur landen die Filterlein-Fixer, die von der "Wohlfahrt" der andern Fixer leben.

Bei den Delikten kamen in vielen Fällen, gerade bei den schwerer gestörten Patienten von Cluster 4&5 auch leichtere bis mittelschwere Gewalttaten dazu. Diese fehlten in der Untersuchung von Uchtenhagen anhand des Strafregistrauszugs (1988 S.7) völlig. Man darf vermuten, dass solche Tötlichkeiten oft gar nicht zur Anzeige kommen, da sie sich im sozialen Nahraum der Familie oder im Milieu abspielen.

Im weitem kam ein typisch weibliches antisoziales Verhalten zum Vorschein, nämlich die Verführung zum Suizid des Partners. Solche Verhaltensweisen, die ausschliesslich im sozialen Nahraum stattfinden und oft keinem der Betroffenen (wenn sie überleben) als aggressive Akte bewusst werden, können auch mit der normalen Dunkelfeld-Täterbefragung nicht aufgedeckt werden. Bekannt wurden diese Taten übrigens oft nicht aus den Erzählungen der Patientinnen selber, sondern sie "flogen" sozusagen auf. Manchmal waren die betroffenen Partner ebenfalls im Drop-in als Patienten anhängig oder begleiteten die Patientin. Einige der Taten kamen durch die Gerichtsmedizin, den psychiatrischen Notfalldienst oder die Justizbehörden zur Kenntnis der Therapeuten.

Man fragt sich natürlich, wie schwerwiegend die Delinquenz dieser Stichprobe letztlich ist. Einerseits sahen wir Taten, die an sich sehr harmlos waren und auf eine ganz kindliche Art inszeniert wurden. Trotzdem müssen solche Verstösse von Gesetzes wegen geahndet werden und es kommt zur Verurteilung. Andere Patienten funktionierten von der Justiz weitgehend unbehelligt, jahrelang in illegalen Geschäften beispielsweise dem Haschischdeal, Schiebereien und kleineren Schmuggeleien. Diese Patienten kann man sich neben den Einbrechern und Räubern schon eher als Verbrecher vorstellen. Wieder andere Patienten schienen sich besonders oft in gewalttätige

Beziehungsdelikte zu verstricken, die auch selten zur Anzeige kamen. Darunter waren Prügeleien und Messerstechereien oft unter Einfluss verschiedener Substanzen, die die Aggressionen freisetzen wie Alkohol, Kokain und gewisse Benzodiazepine. Wenn man sehr viel mit solchen Personen zu tun hat, verliert man selber mit der Zeit den Massstab und findet fast alles harmlos. Die gesellschaftlichen Wertmassstäbe haben sich nicht zuletzt sehr geändert in den letzten 20 Jahren, so dass heute sich kaum jemand wegen eines Warenhausdiebstahls schämt oder aufregt. So wurden beispielsweise in der Sammlung von Aufsätzen "Searchlights on Delinquency" (Schmideberg in Eissler 1949 S.174ff) neben Kriminellen, die man auch heute noch so nennen würde, auch Räuber, Diebinnen, Prostituierte als Schwerverbrecher bezeichnet.

1.6 Zur Sucht und psychiatrischen Diagnose

Leider war zu Beginn dieser Untersuchung über Delinquente noch nicht bekannt, dass alle in Frage kommenden Probanden auch süchtig waren. Deshalb entstand die Situation, dass 37 Heroinabhängige, 2 polytoxikomane Alkoholiker und 1 pathologischer Gambler die Stichprobe unter dem Aspekt der Sucht etwas uneinheitlich werden liessen. Dadurch fehlen jetzt Antworten zu spezifischen hochinteressanten Fragen über gegenseitige Abhängigkeiten von Sucht und Delinquenz, über Beschaffungskriminalität und die interdependente Entstehung beider Symptomatiken.

Auch übereinstimmend im internationalen Vergleich war die Rate an eindeutig diagnostizierten endogenen Psychosen unter den Süchtigen kaum grösser als bei der Durchschnittsbevölkerung. Jedoch waren passagere psychotische Krisen relativ verbreitet in unserer Stichprobe, die daher mehr der diagnostischen Kategorie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen entsprach.

Andererseits unterscheidet sich die vorliegende Stichprobe deutlich im Anteil von antisozialer Persönlichkeitsstörungen, der hier vergleichsweise mit 10% tief ausfällt. Grund dafür war das Fehlen der Symptomatik in der Kindheit des Patienten. Dafür waren die Borderline-Störungen, die ein ähnliches Symptomspektrum wie die antisoziale Persönlichkeit verlangen, mit 25% relativ häufig. Die Diagnose "Antisozialität" wurde hier sehr viel weniger häufig gestellt als in andern Untersuchungen an Süchtigen (Rounsaville et al. 1982b S.161ff, Woody et al 1985 S.1081ff, Rounsaville et al. 1987 S.909). Möglicherweise führt eine vertiefte Kenntnis des Patienten zu einer weniger schwerwiegenden moralischen Verurteilung. Meines Erachtens wird diese Diagnose bei Süchtigen viel zu häufig

angewendet. Nicht jedes asoziale oder schmarotzende Verhalten ist auf eine antisoziale Charakterstruktur zurückzuführen. Vielmehr sollte man unterscheiden, ob das asoziale Verhalten aufgrund eines unbewussten neurotischen Konfliktes zustande kommt, oder ob es wirklich als Teil des Charakters, beispielsweise von verinnerlichten antisozialen Normen oder aus einer Bindungsunfähigkeit stammt. Dies wurde unter anderem bei der Darstellung der Fälle 2, 5x und 5y klar, die alle am Anfang der Behandlung von den Symptomen her die Kriterien der antisozialen Persönlichkeit nach DSM-III erfüllten. Bei näherer Betrachtung zeigte sich jedoch bei Patientin 2 ein neurotischer Konflikt und bei Patient 5y eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, die aus der Sicht der Objektbeziehungen aber gutartig war. Aus psychodynamischer Sicht könnte einzig die Patientin 5x mit ihrer Enthumanisierung aller Objekte und ihrer Unfähigkeit, Schuldgefühle zu empfinden, als antisoziale Persönlichkeit bezeichnet werden.

2. Zu den Ergebnissen der Psychodynamik

Generell waren in dieser Stichprobe nicht alle Patienten von dem dissozialen Syndrom wie es Rauchfleisch beschrieben hatte, betroffen. Die Patienten des 1. Clusters, die bezüglich der Kriterien nur als leicht gestört taxiert wurden, nämlich gar nicht. Hingegen erfüllten die Patienten der andern Cluster 2-5 ziemlich deutlich, die Patienten der beiden schwerst gestörten Gruppen 4 & 5 sogar sehr ausgeprägt die Kriterien.

2.1 Zur Frustrationstoleranz

Die Störung der Frustrationstoleranz und der affektiven Besetzung von Interessen scheint nach den Beobachtungen an der vorliegenden Stichprobe ein verbreitetes Symptom, das seine Wurzeln tief in der narzisstischen Störung und der sozialen Situation hat. Eine Verbesserung der Fähigkeit, Frustrationen zu ertragen, kann erst mit einer verbesserten allgemeinen Affekttoleranz und der Einsicht in den Signalcharakter von Affekten einhergehen. Nach der Substitution des Suchtmittels durch Methadon kann daher in den wenigsten Fällen die Arbeitsfähigkeit als wiederhergestellt betrachtet werden, wie das der Wunsch der Öffentlichkeit wäre. Vielmehr scheint umgekehrt die tiefe Frustrationstoleranz ursächlich an der Entstehung der Sucht beteiligt gewesen zu sein. Wie wir gesehen hatten, waren am Schluss der beobachteten Zeit kaum mehr Personen arbeitsfähig als am Anfang der jeweiligen Therapien. Oft gelang die Abstinenz erst, nachdem der Patient von seinen Arbeitsverpflichtungen durch eine Rente enthoben

wurde. Die Arbeitsfähigkeit nachher wieder herzustellen, ist ein langwieriger, Jahre dauernder Prozess in der Psychotherapie, der allenfalls vom Einsatz in geschützten Arbeitsprojekten oder Umschulungen unterstützt werden muss.

2.2 Zu den Beziehungen

Das alte Stereotyp des bindingslosen Psychopathen, der eiskalt berechnend andere Leute zu materiellen Zwecken missbraucht, traf für diese Stichprobe nur in wenigen Fällen zu. Vielmehr hatten die meisten Patienten Defizite und Fehlentwicklungen der Beziehungsfähigkeit wie sie für die Borderline-Störung typisch sind. Fast alle Patienten sehnten sich sehr nach engen Beziehungen, hatten aber gleichzeitig grosse Ängste davor. Der offensichtliche Mangel an Freunden, besonders in den Clustern mit den schwerer gestörten Patienten (2-5), trotzdem manchmal Partner vorhanden waren, kann als ein Festhalten an "inzestuös" gefärbten oder symbiotischen Beziehungen interpretiert werden. Die besondere Verarbeitung des ödipalen Konflikts wegen der prägenitalen Störung vieler Probanden führte dazu, dass die Objektbeziehungen sexualisiert und Freundschaften durch Rivalitäten und sexuelle Abenteuer immer wieder aufs Spiel gesetzt wurden. Der Triangulationspunkt (Blanck & Blanck 1980 S.84) war in der Entwicklung nicht erreicht worden und so konnten die Patienten immer nur eine einzige Person (oder eine verschwommen wahrgenommene Clique) in ihrer Nähe haben. Insgesamt konnte die Beziehungsfähigkeit durch die ambulante psychodynamische Therapie sicher sehr gut beeinflusst werden. Fixerpaare gelten erfahrungsgemäss als therapie-resistent und sind äusserst unbeliebt oder sogar unerwünscht in vielen Institutionen. Für die ambulante Therapie, in der der Patient mit dem Therapeuten eine intensive Zweierbeziehung aufbauen kann, hat sich dies jedoch weniger bewahrheitet. In einigen Fällen konnte die enge symbiotische Verschlingung solcher Paare etwas gelockert oder aufgelöst werden. Voraussetzung dafür war allerdings, dass der Therapeut nicht schon zu Anfang der Behandlung die Paare erschreckt hatte mit der Ankündigung, dass das Therapie-Ziel ihre Trennung sei.

2.3 Zur Realitätsprüfung

Die Realitätsprüfung am Schluss der Therapie veränderte sich eklatant gegenüber den andern Dimensionen mit über 60% der Patienten, die eine bessere Realitätsprüfung hatten. Möglicherweise ist dies nicht bloss das Resultat der Psychotherapie, sondern der pharmakologische, stark beruhigende Effekt des Methadon könnte mitbeteiligt sein.

Andererseits dienen gerade auch die Regeln und Kontrollen des Methadonprogramms einer Stütze der Realitätsprüfung.

2.4 Zur Depressivität

Fast alle untersuchten Personen, auch die weniger schwer Gestörten zeigten eine gewisse Grund-Depressivität. Dabei bleibt offen, ob diese Beeinträchtigungen der allgemeinen Stimmung gegenüber der Durchschnittsbevölkerung abfällt. Im Urteil vieler Psychoanalytiker, jedenfalls, gehört eine gewisse Depressivität zur normalen Persönlichkeit (Zetzel 1974 S.67ff, Winnicott 1984 S.93ff). Die Fähigkeit Depression zu ertragen, wird in der präödpalen Phase mit der sogenannten depressiven Position nach Melanie Klein erreicht.

Die Depressionen von Süchtigen sind offenbar qualitativ verschieden von denjenigen von Nichtsüchtigen (Allen & Frances in: Meyer 1986 S.19). So waren die dort untersuchten Alkoholiker mit Depressionen charakterlich viel näher bei andern Alkoholikern als bei (genuin) Depressiven. Die meisten Unterschiede zeigen sich im delinquenten und antisozialen Verhalten. Auch schienen die depressiven Episoden von Süchtigen flüchtiger und milder im Verlauf zu sein, als diejenigen von rein Depressiven (Rounsaville et al. 1982b S.161 ff). Dieses Ergebnis zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung auch ganz deutlich. Die Behandelbarkeit mit Antidepressiva scheint unter diesen Gesichtspunkten ebenfalls eingeschränkter. Ein ausagierendes und zu böartigen Regressionen neigendes Verhalten zeigten vor allem die Probanden der Gruppe 3 (depressive Neurotiker), denen man zu Anfang der Behandlung möglicherweise noch eine gute Prognose gegeben hatte. Die qualitativen Unterschiede zwischen depressiven Süchtigen und genuin Depressiven führten erfahrungsgemäss auch immer wieder zu Missverständnissen und Schwierigkeiten, wenn es um die Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik geht. Der ambulant behandelnde Therapeut verfolgt im längerfristigen Verlauf die depressive, suizidale Komponente seines Patienten, und muss diesen gerade auch wegen seiner ausagierenden schwer selbstdestruktiven Symptome vielleicht vorübergehend in stationäre Obhut geben. Dagegen beobachten die Fachleute in der Klinik dann nur den relativ milden Zustand unter den geschlossenen Bedingungen und das Fehlen der depressiven Antriebslosigkeit während der Zeit auf der Station, so dass sie die Diagnose des ambulanten Therapeuten allzu schnell in Zweifel ziehen und den Patienten oft nach wenigen Tagen entlassen.

2.5 Zur Narzisstischen Störung

Eine tragende Selbststruktur fehlte vielen Probanden dieser Stichprobe. Dies zeigte sich in der enormen Kränkbarkeit. Eine der Hauptursachen schien dabei die Fremdstigmatisierung im Selbstbild zu sein. Solche Patienten erlebten sich selber als "böse" oder als "Versager". Vor allem die Probanden des 4. & 5. Clusters waren durch schlimme Löcher im narzisstischen Gleichgewicht existentiell bedroht. Die fehlgeleiteten Kompensationen in Form von Heldentaten, Grössenselbst und Allmachtsgesten führten zu einem Circulus vitiosus. Der Patient wird natürlich in seinem Agieren immer wieder zurückgebunden durch die staatlichen Instanzen und muss so erneut Ohnmacht und Unfähigkeit deutlich zu spüren bekommen (Rauchfleisch 1981, S.202).

2.6 Zur Überich-Struktur

Der Mangel an Schuldgefühlen, der bei einem Teil der Patienten vorkam (32.5%) wurde früher mit einem fehlenden Gewissen resp. Überich verwechselt. Auch hier wurde bestätigt, dass die Überich-Pathologie keineswegs mehrheitlich auf zu schwachen fehlendem Überich oder antisozialen Normen (Parin 1961 S.322) beruht. Ganz im Gegenteil das antisoziale Verhalten war oft das Resultat von besonders strengen oder fragmentierten Gewissensforderungen, die auf verschiedene Weise abgewehrt werden mussten. Die Wirksamkeit eines Überich zeigte sich nämlich in der Angst vor den Introjekten, wobei diese teilweise auf äussere Objekte projiziert wurden. Klinisch zeigten sie sich dann als Verfolgungsideen oder hypochondrische Befürchtungen (Schmideberg 1932 S.498). Im therapeutischen Kontakt mit Dissozialen fiel mitunter auf, dass viele sich weigerten, die bürgerliche Doppelmoral zu praktizieren. In ihrem allzu strengen Überich hatten sie eine Reaktionsbildung gegen die Normen der Gesellschaft aufgebaut. Diese kann sich beispielsweise in der Forderung äussern, alle Güter, so wenig das sind, mit andern Süchtigen auf der Gasse zu teilen oder der Weigerung, jemanden an die Polizei zu verraten. Viele Dissoziale waren, wenn sie den Schritt in die Arbeitswelt geschafft hatten und den Vergleich zu früheren Umgebung der Heroinsubkultur zogen, bitter enttäuscht. Sie hatten erwartet, von Autoritätspersonen mit absoluter Fairness behandelt zu werden. Andere hatten eine Reaktionsbildung gegen jeglichen Ehrgeiz entwickelt, wie das in "Einsamkeit des Langstreckenläufers" beschrieben wurde (Sillitoe 1959). Manche Patienten zeigten eine zwanghafte Ehrlichkeit, die bis zum Masochismus ging.

Die gründliche Durcharbeitung der Überich-Pathologie spielt eine zentrale Rolle in diesen Therapien (Wurmser 1987 S.7). Wurmser zufolge müssen vor allem die sich widersprechenden Ansprüche und Loyalitäten im Überich bearbeitet werden, unter denen der Patient nur zu oft zusammenzubrechen droht. Klinisch äussert sich das oft in schweren Loyalitätskonflikten. Beispielsweise kann man beobachten, dass Patienten, wenn es ihnen durch die Therapie besser geht, gegenüber den früheren Kollegen der Szene ein schlechtes Gewissen bekamen. Gleichzeitig äusserten sie sich bei Kollegen abfällig über die Methadonbehandlung, obwohl sie im Grunde sehr gerne zur Stunde kamen, ja sogar unendlich froh waren darüber. Die Projektion des Überich kann sich nur dann zurückbilden, wenn die Mitarbeiter der Institution sie nicht immer erfüllen. Eine allzu konsequente Durchsetzung von Regeln ist daher dem Durcharbeiten der Überich-Störung eher hinderlich als förderlich. Wichtigste Voraussetzung zur Aufhebung dieser äusseren Kontrollmechanismen über den Patienten, ist dessen Einsicht, dass ein Teil seines Ichs, sich eine solche äusserliche Kontrolle wünscht und auf dem Umweg über die Justiz oder auch die "freiwillig" begonnene Behandlung zuführt, um sich von den inneren Überich-Ansprüchen zu befreien und sich dagegen auflehnen zu können. Daher kann und soll die über den Patienten ausgeübte Kontrolle keinesfalls allzu rigide oder perfekt sein aber trotzdem einer gewissen Konsequenz nicht entbehren. Gerade durch die Bruchstellen und Fehler in der Kontrolle wird der Patient auf seine innern Widersprüche aufmerksam gemacht. Ein klinisches Beispiel möge dies besser illustrieren: Als in der Drogenberatungsstelle einmal das Wochenend-Methadon mit sehr viel weniger Sirup als üblich aufgefüllt wurde, machten fast alle Patienten eine Bemerkung dazu und warnten die Mitarbeiter quasi vor sich und der Möglichkeit zum Missbrauch. Einige insistierten geradezu auf ein Nachfüllen von Sirup oder "beklagten" sich gar über die Schlampigkeit des Personals. Ganz besonders irritierte die Patienten in diesem Fall, wie auch wenn sie beim Bescheissen erwischt wurden, eine gelassene Haltung der Therapeuten. Geradezu revolutionär und gesellschaftskritisch wirkt die Technik von Aichhorn (z.B. 1987 S.138), der sich anfangs bewusst auf die Seite des Patienten gegen dessen Überich und die Gesellschaft stellte und quasi fast mit-delinquierte, um das Vertrauen des Zöglings zu gewinnen.

2.7 Zu den Abwehrmechanismen

Viele der impulsiven und paranoiden Abwehrmechanismen der Patienten dienten dazu, die infantilen Omnipotenzphantasien gegen eine frustrierende Realität auszuleben. Die Abwehr der

Forderungen des Überich und die Gewährung des Zugangs zum Ich von verpönten Es-Wünschen führt vorübergehend zu einem narzisstischen Hochgefühl (Parin 1961 S.323). Anstatt einer narzisstischen Entleerung und Depression kann der Patient sich so im Gegenteil in eine gute Stimmung manipulieren. Das Agieren ist eine Konfliktlösung, bei der die Unterschiede zwischen Denken und Handeln, Primär- und Sekundärprozess, Subjekt und Objekt verschwimmen; Magie, Motorik und Mimik sind vorherrschend (Reicher 1976 S.606). Die Schwierigkeit bei der Analyse der Abwehrmechanismen besteht darin, dass man es oft mit mehrfach geschichteter Abwehr zu tun hat. Wenn Mitscherlich (1967) etwa von zweiphasiger Abwehr bei Psychosomatikern spricht, so muss man bei süchtigen Psychosomatikern und andern süchtigen Charakterneurotikern schon drei Phasen der Verdrängung annehmen.

2.8 Zur Desintegrationstendenz

Mit Ausnahme der Patienten des 1. Clusters litten fast alle unter einer sehr brüchigen Ich-Struktur, die leicht dekompensieren konnte. Die Suizidversuche unter Süchtigen sind allgemein verbreitet. Bei unserer Stichprobe waren das fast die Hälfte der Patienten. Nach Dobler-Mikola und Zimmer (1990 S.14ff) hatten in der Langzeit-Stichprobe von 248 Heroinabhängigen schon vor der Drogenkarriere 27% der Frauen und 10% der Männer Suizidversuche unternommen. Es existiert also vor allem unter Frauen eine massive Vorbelastung. Die geringe Differenzierungsfähigkeit der Patienten lösten Spannungen bis hin zur Panik aus. Ihr Ich konnte die Unterscheidung zwischen Innen- und Aussenwelt resp. Selbst und Objekten in gewissen Situationen nicht mehr bewältigen. Solche Personen sind unfähig, zu phantasieren, da die dazu gehörende Realität nicht ertragen wird (Hellwig 1979 S.40). Der schwergestörte Patient spricht nicht über Konflikte, er ist Konflikt. Entwicklungsgeschichtlich kann man antisoziales Verhalten auch als Überwindung einer "psychotischen" Einstellung verstehen (Schmideberg 1932 S.521). Es stellt eine Flucht vor paranoiden Phantasien in die Realität dar und wäre deshalb als ein Versuch, eine initiale Psychose auf dem Weg der Selbstheilung zu kompensieren, anzusehen. Die Desintegrationstendenz hatte sich gerade bei den schwer gestörten Personen markant häufig (68%) verbessert. Dies ist vielleicht nicht einzig auf die Wirksamkeit der Psychotherapie zurückzuführen, sondern hat unter Umständen auch mit der pharmakologischen Wirkung der Medikamente zu tun oder mit der Identitäts-stiftenden Massnahme des Methadonprogramms.

2.9 Zur Triebstruktur

Bei vielen Probanden unserer Stichprobe kam ein triebhaftes Agieren vor, obwohl sie eigentlich starke Hemmungen hatten. Rauschzustände dienten dann auch dazu, diese Hemmungen zu überspielen. 35% der Probanden neigten zu sexueller Verwahrlosung, wobei von diesen fast alle sich gelegentlich oder häufig prostituierten. Sexuelle Hemmungen traten bei diesen Personen trotzdem auf. Dies ist an sich kein Widerspruch, da gerade Leute, die sexuell wenig erlebnisfähig sind, für die Prostitution anfälliger sind und auch umgekehrt, die Prostitution die sexuellen Reifung beeinträchtigen kann. Sexuelle Schamlosigkeit bietet geringe Lust und dient vielmehr der Abwehr von Angst (Schmideberg 1932 S.494). Ähnliches galt für die Abfuhr aggressiver Triebregungen. Recht verbreitet war der "moralische Masochismus" (15% aller Frauen). Diese Charakterstruktur führte dazu, dass sich diese Frauen immer an brutale Männer banden, von denen sie oft und schwer geschlagen und vergewaltigt wurden. Moralisch triumphierten diese Frauen jedoch sichtbar über den Partner, was diesen um so wütender werden liess.

2.10 Zur Chronizität

Die Chronizität der Störung war bei den Personen unserer Stichprobe zu Ende der Adoleszenz sicherlich vorhanden. Jedoch war nur in einer kleinen Minderheit von Fällen schon in der Kindheit ein dissozialer Charakter beschrieben, jedenfalls in der Wahrnehmung des Therapeuten. Deshalb würden nur wenige Probanden dieser Stichprobe die Kriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörung nach DSM-III erfüllen.

Was hier nicht erhoben wurde, was mir aber aus der therapeutischen Erfahrung weit verbreitet bei den später Süchtigen scheint, sind Kinderneurosen wie Bettnässen, Tics, Stottern, Schulangst und Aussenseitertum unter andern Kindern.

3. Zur Behandlung

3.1 Zur Motivation

Nach juristischer und psychiatrischer Lehrmeinung ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Behandelbarkeit der Wille eines Patienten, seine Krankheitseinsicht und seine Intelligenz. Ein Stereotyp in der kriminalpsychologischen Literatur stellt der angeblich mangelnde Leidensdruck von delinquenten Personen dar. Dies traf für diese Stichprobe natürlich in keiner Weise zu. Die therapeutische Erfahrung hat aber gezeigt (Steller & Hommers 1977 S.279), dass der Behandlungswille nicht auf eine vereinfachte bewusste

Motivation reduziert werden kann. Wir hatten gesehen, dass in unserer Stichprobe eine intrinsische Motivation zur Psychotherapie und die Introspektion für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf keine entscheidende Rolle gespielt hatten. Vielfach standen eine manifeste Krise oder sogar Unmotiviertheit am Anfang der Behandlung. Deutlich zeigte sich dies bei den Patienten des 4. Clusters. Die individuellen Gründe dafür kamen erst im späteren Behandlungsverlauf zum Vorschein. Die "richtige" Motivation zu einer klassischen Psychoanalyse mit mehreren Stunden pro Woche und einem selbst zu bezahlenden recht hohen Preis, kann man oft nur von den Angehörigen einer bestimmten Schicht erwarten, die nämlich sowohl über die intellektuelle Leistung des Therapeuten als auch über die langfristigen positiven Effekte auf ihre Person sehr gut informiert sind. In der Unterschicht wird Psychotherapie vielmehr als "Erziehungsmittel für Geisteskranke" angesehen. Oft wurde von Eltern, Behörden und andern Autoritätspersonen Therapie als Erziehungs- und Strafmassnahme dargestellt. Wegen diesen Fehlinformationen konnten auch Personen, die in den Objektbeziehungen weniger schwer gestört waren, von einer Therapie nur die Projektion ihres Überich in Form von Ermahnungen oder Bestrafungen erwarten. Bei den schwerer gestörten Probanden kam dann noch erschwerend wegen internalisierten aggressiven Objektbeziehungen eine Beeinträchtigung der Erwartung an die therapeutische Beziehung zustande (Blanck & Blanck 1981 S.242ff). Wenn am Anfang der Therapie der Wunsch nach einem Medikament gestanden hatte, so heisst das ebenfalls nicht unbedingt, dass ein Patient nicht zu einer therapeutischen Beziehung motiviert sei. Gerade bei Patienten, die eines Übergangsobjektes (Winnicott) bedürfen, um eine Beziehung einzugehen, kann ein Medikament in erster Linie Mittel zum Zweck sein.

Immerhin gibt es aber viele Menschen, bei denen ganz klar zum Ausdruck kommt, dass sie keine Psychotherapie wünschen oder ertragen könnten. Dazu im Vergleich die Jahresstatistik (1988, Kurz 1989) des Drop-in: knapp die Hälfte der zu einer Erstberatung angemeldeten Patienten erschienen gar nie zum Gespräch. Von denjenigen Patienten, die zum Erstgespräch kamen, wurden 29% weiter behandelt. Rund 30% aller Patienten, die im Drop-in behandelt wurden, waren schon länger als ein Jahr dabei. Bei unserer Stichprobe handelt es sich also um eine hoch selektionierte Gruppe von Personen, die sich auf eine längere Behandlung einliessen. Wohlmeinende Therapeuten könnten leicht dem Irrtum verfallen, dass Therapie eigentlich allen Leuten gut täte und sie darum für alle Straftäter fordern. Tatsache ist aber, dass es Personen gibt, die aus verschiedensten Gründen einen Gefängnisaufenthalt der Therapie

vorziehen. Dabei kann z.B. ein (masochistisches) Geborgenheits- und Sicherheitsbedürfnis hinter Gefängnismauern oder eine "kriminelle" Identität ausschlaggebend sein. Für manche Menschen ist die Kränkung, "gestört" zu sein sehr gross, sie bevorzugen ein Selbstkonzept als Krimineller.

3.2 Zum Setting

Alle Behandlungen unserer Stichprobe wurden im Vergleich zu sonstigen analytischen Therapien mit massivstem Einsatz von Parametern geführt. Dazu gehörte die Abgabe von Medikamenten (Methadon), das von Rauchfleisch empfohlene bifokale Vorgehen, die Bezahlung der Therapie durch die Krankenkasse und das sitzende Setting. Diese Phase der Stabilisierung der Sucht und sozialen Rehabilitation ist ein jahrelanger Prozess, begleitet von einem ersten Durcharbeiten der inneren Konflikte. Das Methadonprogramm mit der täglichen Einnahme des Medikaments unter Sichtkontrolle und den wöchentlich unangekündigt erhobenen Urinproben ist für die Sicherung der Abstinenz bei Heroinabhängigen meistens eine Vorbedingung jeglicher Psychotherapie (Kaufman & Reoux 1988 S.199ff). Auch das bifokale Vorgehen ist kaum zu vermeiden, da die sozialen Folgeerscheinungen (Schulden, Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, somatische Probleme) der Sucht und Delinquenz oft derart gravierend sind, dass sie ohne die Hilfe von Fachleuten nicht mehr gelöst werden können. Die sitzende Haltung während der Therapie fällt fast allen "extrinsisch" motivierten Patienten leichter als das Liegen auf der Couch. Eine weitere Frage stellt sich, in wie weit die Kontrolle über den Patienten zu seinem eigenen Wohl ausgedehnt werden soll. Dazu gehört beispielsweise das Abgeben von Sichturin, das Abgeben von mit Sirup versetztem Methadon, das weniger gut gespritzt werden kann übers Wochenende und die Abgabe von Depotpräparaten. Die unangekündigten Urinproben werden im sozialpsychiatrischen Dienst generell nicht unter Sichtkontrolle gewonnen, insofern war die Privatsphäre des Patienten einigermaßen geschützt. Da es möglich ist, mit fremdem Urin zu betrügen, haben die Urinkontrollen psychodynamisch mehr die Bedeutung, einer vom Patienten selber gewählten Überich-Unterstützung als einer äusseren Kontrolle.

Mancher orthodoxe Psychoanalytiker mag gegen diese Behandlungen einwenden, dass sie durch die Einführung so vieler Parameter unanalytisch geworden seien. Dem kann man mit Freud (Geleitwort von Freud zu Aichhorn 1987 S.7) entgegenhalten, dass man beim Verwahrlosten, der die für eine Analyse notwendigen psychischen Strukturen nicht aufbringt, zwar etwas anderes macht als Analyse, das aber in der Absicht

mit dieser wieder zusammentrifft. Der psychodynamische Zweck der Parameter ist es, die Störung des Patienten vom impulsiven, verwahrlosten Niveau auf das neurotische Niveau zu heben, so dass sie analysierbar wird (Eissler 1966 S.846). Viele Therapeuten sind der Ansicht, dass psychotrope Medikamente die kognitiven und affektiven Prozesse in der Psychotherapie stark einschränken. Dagegen sprechen indessen gewisse empirische Befunde (Weissman et al 1979, Di Mascio et al 1979), da etwa bei Depressiven die pharmakologische Intervention zusätzlich zur Psychotherapie deren Wirksamkeit erhöhen kann. Die affektregulierenden Einflüsse der Medikamente machen die emotionale Bewegung in einer Psychotherapie für den schwerer gestörten Patienten erst möglich, da die drohende Überwältigung seines Ichs durch regressive Prozesse in Schranken gehalten werden kann (Kurz 1987 S.7). Trotzdem sind mit dem Einsatz der vielen Parameter enorme Nachteile verbunden. Zum Einen besteht die Gefahr, dass man als Drogentherapeut mit der Zeit unkritisch auch unnötige Parameter einführt, weil man es so gewöhnt ist. In diesem Zusammenhang steht die, unter der heutigen politischen Situation fast in Vergessenheit geratene, medikamentenfreie ambulante Psychotherapie von Fixern. Sie wurde bei immerhin 5% der hier untersuchten heroinsüchtigen Probanden einer Methadonbehandlung vorgezogen und sollte weiterhin als Möglichkeit in Betracht gezogen werden. Das bifokale Vorgehen wiederum funktioniert nur, wenn es dialektisch angewendet und deutend reflektiert wird. Soziale Hilfe ist notwendig, sonst kommt gar keine Therapie zustande. Nicht weniger wichtig ist aber die Deutung der Ängste vor der Allmacht des Therapeuten, des Misserfolgswangs und der negativen Übertragungsanteile, sonst wird jede reale Hilfe vom Patienten immer wieder zerstört. Durch die Parameter wird die Übertragung auf eine bestimmte Weise strukturiert. Reale Hilfe erschwert kritisches Denken gegenüber dem Therapeuten. Wenn ein grosses Mass an Kontrolle über den Patienten ohne Lustgewinn ausgeübt wird, liegt dessen Ambivalenz gegenüber dem Parameter auf der Hand. Die Ambivalenz gegenüber dem Parameter kann leicht auf den Therapeuten überschwapen, der dann in die Rolle des Überich gedrängt wird. Das Methadonprogramm ist wie jede andere Suchtbehandlung, die nicht in der klassischen analytischen Abstinenz geführt wird, eine grosse Kränkung für den Patienten. Die externe Kontrolle über die Sucht mit ihren demütigenden Ritualen der unangekündigten Urinproben oder des Trinkens des Methadon unter Sichtkontrolle müssen mit dem Patienten immer wieder besprochen werden. Jedoch ist auch die Abgabe von Methadon oder Antidepressiva, die für den Patienten einen beträchtlichen symptom erleichternden Effekt haben, nicht unbedingt eitel Freude. Das Medikament ist eine Krücke, von

der sich Patient sehr abhängig fühlt und deren er sich auch schämt.

So notwendig diese Parameter am Anfang der Behandlung sind, so wichtig ist deren Aufhebbarkeit im Laufe der Besserung (Eissler 1953). Die Nachteile der Parametern können sogar zu gewissen Zeitpunkten eine Weiterentwicklung verhindern, wenn sie nicht aufgehoben werden. Nachdem sich die impulsiven Verhaltensweisen zurückgebildet haben (Kaufman & Reoux 1988 S.199ff), beginnt die vertiefte Analyse des Unbewussten. Ein Patient aus dem 1. Cluster litt unter dem Gefühl, ein Parasit zu sein. Da er von der Invalidenrente lebte wegen einer körperlichen Behinderung und die Behandlung von der Kasse bezahlt wurde, hatte er ständige Schuld- und Abhängigkeitskonflikte. Er dachte, er müsse allen Menschen, mit denen er Kontakt hatte, dankbar sein. Die Schuldgefühle wegen seiner finanziellen Unselbständigkeit bewirkten, dass er sich keine Freude mehr im Leben gönnte und auch keine sexuelle Befriedigung erlaubte. In einem fortgeschrittenen Stadium der Behandlung kann es für gewisse Personen von Vorteil sein, wenn sie mindestens einen Teil der Kosten selber übernehmen. Ein ungelöstes Problem sind diejenigen Patienten, die sich nur stabilisieren aber nicht heilen lassen mit Methadon. Eine über Jahrzehnte dauernde Methadonsubstitution kann einen Patienten mit einer chronischen Hoffnungslosigkeit erfüllen, die ihn mehr und mehr unbehandelbar werden lässt, da er immer schwieriger und auffälliger wird in der Institution.

3.3 Zum Widerstand

Den Formen der Widerstände und der Technik des Umgangs damit gebührt eine ausführliche Besprechung, die ein Hauptziel dieser Arbeit darstellt. Die relativ massiven Behandlungswiderstände, die wir beobachtet hatten, sind in weit stärkerem Ausmass als beim gewöhnlichen Neurotiker Folgen eines Defektes in der Struktur der Persönlichkeit (Eissler 1966 S.846). So war ein freies Erzählen oder sogar Assoziieren nur bei den wenigsten Patienten möglich und nahm mit zunehmender Schwere der Störung ab. Viel verbreiteter waren Widerstände, die das Setting in irgend einer Weise sprengten und eine normale analytische Haltung über lange Zeit verunmöglichten. Die kontinuierliche Arbeit am Widerstand im Feld der Übertragung bildet nach moderner Auffassung die grösste Aufgabe während der ganzen Kur (Cremerius 1984 S.59). Dabei ist gleichzeitig die triebdynamische sowie die strukturelle Bedeutung der Widerstände zu berücksichtigen. Gerade bei Widerständen, die auch für den Therapeuten schwer zu ertragen sind, besteht die Gefahr, dass der Therapeut sich zuwenig auf das Triebgeschehen einlässt und die

Schwierigkeiten zu direkt anspricht, um sie so schnell wie möglich zu überwinden (Cremerius 1984 S.78). Der Analytiker muss sich davor hüten, selber in ein Mit- oder Gegen-Agieren zu geraten unter dem Druck der unausgesprochenen Aggressionen, die in diesen Verhaltensweisen liegen.

Störungen des Redeflusses wie permanentes Schweigen und Redeschwall sind zwei Widerstände, die die Gespräche für den Therapeuten ganz besonders anstrengend machen. Cremerius (1984 S.112) stellte sie strukturell in Zusammenhang mit einem besonders sadistischen Überich, welches das Ich des Patienten mehr oder weniger usurpiert hat und auch droht die ganze Behandlung durch eine negative therapeutische Reaktion zu zerstören. Der Patient, der zuviel spricht, erlebt sich selber, im Gegensatz zum schweigenden Patienten, oft als zugewandt und kooperativ. Wenn das zu viele Sprechen triebdynamisch als Teil eines analen Produzierens oder eines phallischen Exhibitionierens zur Freude des Analytikers bestimmt ist, wird der Patient sehr gekränkt auf Widerstands-Deutungen reagieren. Verfrühte Interventionen sind in keinem Fall angebracht, während mit der Zeit ein Zugang über die Tatsache geschaffen werden kann, dass sich der Patient allzusehr anstrengen oder sogar quälen muss in den Stunden (Cremerius 1984 S.61ff). Zuviel Sprechen kann aber auch Ausdruck einer analen Kontrolle über Affekte und Analytiker oder eine Abwehr gegen Kastrationsängste bei phallisch-narzisstischen Wünschen sein. Andere Patienten wiederum können aus einer Reaktionsbildung gegen destruktive Tendenzen gegenüber ihren Objekten in einen Redefluss geraten. Cremerius (1984 S.63) warnt die Analytiker davor, zu erwarten, dass nach den jeweiligen Deutungen das nunmehr "befreite" Ich des Patienten sofort dankbar aufatme. Im Gegenteil, das Ich wird mit Angst und Misstrauen reagieren und in dieser Situation nach dem Überich rufen, welches seinerseits den Druck erhöht. Noch weniger einfach ist der Umgang mit permanentem Schweigen des Patienten, denn es löst besonders starke Gegenübertragungsreaktionen aus und verleitet den Therapeuten zur Verstrickung in die eigene Neurose. Cremerius untersuchte (1984 S.17ff) verschiedene Bedeutungen des Schweigens in Ich-, Trieb- und Objekt-psychologischer Hinsicht. Auch hier ist wiederum unendliche Geduld angesagt. Pädagogisches Erinnern an die Grundregel fruchtet nichts. Vielmehr sollte das Schweigen als formales Element des Verhaltens genauso als Kommunikation und damit als analytisches Material angesehen werden wie der Inhalt von Worten. Ein erster Schritt der Deutung kann darauf abzielen, dem Patienten zu zeigen, dass das Schweigen als autonome Ich-Leistung dazu dienen kann, starke Emotionen unter Kontrolle zu halten. Das Schweigen kann, muss aber nicht durch einen Konflikt verursacht sein. Es kann auch als Folge einer

tiefe Regression auftreten. Der Analytiker soll dann den Patienten nicht zur Entwicklung drängen, sondern die Ebene der Grundstörung ertragen und dem Patienten vermitteln, dass er kein Zaubermittel besitze, die Leere aus dem das Schweigen erwächst, beseitigen zu können.

Das Schwänzen der Gespräche stellte ein sehr häufiger Behandlungswiderstand dar. Man würde aber völlig fehl gehen, wenn man annähme, die Stunde seien dem Patienten nicht wichtig oder es laufe nichts in der Therapie. Eher verhält es sich so, dass der Patient sich vor einer allzu intensiven Beziehung fürchtet. Patienten, die schwänzten, standen vielfach unter einem grossen Leidensdruck (drei Viertel derjenigen, die mehr als die Hälfte geschwänzt hatten). Einen intensiven Kontakt zum Therapeuten hatten die Hälfte der Patienten, die oft Stunden klemmten. Erfahrungsgemäss trat das Schwänzen gerade dann auf, wenn es den Patienten ganz besonders schlecht ging. Verantwortlich dafür waren Scham und die Angst vor Autonomieverlust. Andere Gründe für das Schwänzen können auftreten, wenn der Patient den Therapeuten vor etwas verschonen möchte, beispielsweise seinen aggressiven Trieben oder seinen unmässigen Liebesansprüchen. Eine andere Gelegenheit, bei der viel geschwänzt wurde, waren die Stunden rund um die Ferien des Therapeuten. Viele Patienten versuchten Verlassenheitsängste auf diese Weise zu verleugnen, indem sie dem Verlassenwerden aktiv zuvor kamen.

Immer wieder wird das Lügen in der Therapie, das auf einer schweren Vertrauenskrise in den Beziehungen des Patienten beruht, als prominentes Symptom von Süchtigen genannt. Lügen und Verheimlichen waren indessen in dieser Stichprobe weniger häufig (32.5%) beobachtet worden, als zu erwarten war. Es tritt vermutlich in denjenigen Institutionen (stationäre) gehäuft auf, die eine strikte Abstinenz verlangen. Im gleichen Zusammenhang muss das Schummeln und Betrügen mit Urinkontrollen und der Missbrauch von Methadon gesehen werden. Es ist erstaunlich, wie wenig mit den Urinkontrollen, die nicht unter Sicht stattfinden, beschissen wird. Wenn geschummelt wird, dann meistens wenn sozusagen alle Urinkontrollen schon Substanzen angezeigt haben, und der Patient seine angebliche Besserung demonstrieren möchte. Institutionell bedingt interessieren sich die Mitarbeiter des Drop-in aber kaum für eine einzige Urinprobe, sondern nur für den Gesamteindruck und dieser wird unseres Wissens nach nur von wenigen Patienten (ca. 5%-10%) manipuliert.

Eine andere für den Therapeuten enorm belastende Widerstandsform ist das Abladen unangenehmer Affekte auf den Analytiker oder das Inszenieren von Situationen, in denen der

Therapeut von einem emotionalen Aufruhr überschwemmt wird. Diese als projektive Identifizierung bekannte Abwehrform kam auch recht häufig vor (35%), da viele Exploranden unter dem Druck ihrer Ich-Schwäche, Affekte nicht als Signale wahrnehmen können. Der Therapeut wird als eine Art Container für Affekte benutzt. Dies verschafft dem Patienten vorübergehend Erleichterung und gleichzeitig kann er beobachten wie der andere Mensch in ähnlicher Gefühls-Situation reagiert. Der Therapeut muss die Situation bewältigen können, sich nicht zerstören lassen und gleichzeitig die Lage deuten. Dass dies nicht immer einfach ist zeigt ein Beispiel: eine Patientin aus dem 1. Cluster, die sehr unter Stress-Kopfschmerzen litt, vermochte es, nicht nur ihre unterschwelligen aggressiven Strebungen sondern auch noch die Kopfschmerzen dem Therapeuten anzuhängen und zwar in jedem Gespräch während Monaten. Unter solchen Umständen hängt die Funktionsfähigkeit des Analytikers und seine situationsgebundene Containerfunktion von seinen emotionalen Ressourcen und seinem theoretischen Verständnis ab (Rosenfeld 1990 S.258). Der betreffende Analytiker hielt die wöchentlichen Kopfschmerzen und die nicht deutbare Situation mit der Patientin nach knapp zwei Jahren selber nicht mehr aus, und änderte das Setting so, dass die Patientin nur noch auf ihren Wunsch einzelne Stunden vereinbaren konnte. Natürlich war dies ein Agieren von Seiten des Therapeuten. In den folgenden Stunden fiel der grosse psychische Druck, den die Patientin ausübte, weg und der langfristige Erfolg dieser Therapie gab im nachhinein dem Vorgehen des Behandelnden recht. Jahre später konnte der betreffende Therapeut der Patientin seine damaligen Gefühle mitteilen, ohne sie zu beschuldigen oder zu kränken. Rosenfeld (1990 S.296) beschreibt ein ähnliches Agieren eines Analytikers. Er hält es bei Analysen, die von anhaltenden projektiven Identifizierungen beherrscht werden und zum Agieren des Therapeuten führen für möglich, dass dies verstanden und nutzbar gemacht werden kann für beide Beteiligten.

Zum "grossen" Agieren mit ernsthaften Konsequenzen, gehörte das Überschwemmen der Therapie mit schwerwiegenden Notsituationen und sozialen Konflikten. Der Einsatz eines selbstdestruktiven Chaos im Alltag, welches das gesamte Leben zu zerstören drohte, war ein besonders schwierig anzugehender und häufiger (45%) Widerstand in der Behandlung von schwerer gestörten Süchtigen. Dazu zählten die Obdachlosigkeit, Unfälle, Delikte und oft wurden solche Personen auch selber Opfer von Verbrechen. Hinter dem Symptom des Inszenierens eines ständigen Chaos im Leben steht nicht bloss ein Widerstand sondern eine komplexe und sehr zentrale Problematik solcher Personen. Da der Therapeut ständig mit "Feuerwehrrübungen" beschäftigt ist und kann es kaum zum Durch-

arbeiten innerer Prozesse kommen. Die Schwierigkeit des Deutens besteht darin, dass man die unbewusste Inszenierung und Bedeutung von schon vollendeten Tatsachen durcharbeiten muss, die für den Patienten Realitätscharakter haben und nicht phantasiert werden können. So hinkt der Therapeut dem Patienten ständig hinterher und muss trotzdem hilflos zusehen, wie sich dieser zerstört. Da das Chaos, wie gesagt, nicht so schnell weggedeutet werden kann, hat man als Therapeut vielmehr die Aufgabe, die Situation auszuhalten. Manchmal kann man mit einigen realen Hilfeleistungen versuchen, den permanenten Kriegszustand des Patienten zum Stillstand zu bringen. Meiner Ansicht nach kann ein allzu manipulatives Gegensteuern mit Zwangseinweisungen in geschlossene Anstalten oder Zimmervermitteln aber auch das Gegenteil des Intendierten bewirken. Strukturierende Massnahmen, so gut sie gemeint sind, werden vom Patienten oft paranoid interpretiert (vgl. Fall 5x) und bewirken nur eine Störung der einzigen Beziehung die der Patient noch hat. Je weniger der Therapeut seine eigene Hilflosigkeit aushält und versucht durch aufgezwungene Hilfsangebote und spektakuläre Rettungsaktionen, sich und dem Patienten Ruhe zu verschaffen, desto schlimmer kann das Getöse werden. Dies möchte ich aber keinesfalls als ein Plädoyer für Gleichgültigkeit verstanden wissen.

Die Bedeutung dieses schrecklichen Agierens ist natürlich überdeterminiert. Das Inszenieren des Chaos entspricht dem punktiiformen Zeiterleben, in dem Vergangenheit und Zukunft ausgeblendet werden (Rauchfleisch 1981, S.174 ff). Der Patient denkt und phantasiert nicht mehr. Solange er sich nicht an Spielregeln halten kann, ist jede Möglichkeit des Phantasierens ausgeschlossen. Es besteht kein innerer psychischer Raum in dem probeweise Handlungen oder Phantasie Platz haben (Khan 1983 S.108ff). Nicht zuletzt dient das ständige "Verladensein" und insbesondere der Rohypnolmissbrauch dazu, das Träumen zu unterbinden. Der Therapeut muss den Patienten dazu bringen, irgendwann die Regeln der Therapie zu akzeptieren, nur dann kann der Patient lernen, ein Spiel zu spielen, anstatt jede Minute seines Lebens in einem tödlichen Kampf zu verbringen. Solches Agieren ist mit unbewussten Selbstmordphantasien verbunden. Daneben ist das Chaos auch eine Inszenierung einer inneren Paranoia, eines Verfolgungswahns, der real wurde. Ein solches verfolgendes, immer gegenwärtiges Objekt hat die Funktion, eine Symbiose herzustellen ohne die der Patient schreckliche Verlassenheitsängste ausstehen müsste (Fessler 1987). Beispielsweise könnte der Verfolger die Polizei sein und der letztendliche Zweck der Verfolgungsphantasie für den Patienten besteht darin, ins Gefängnis zu kommen, welches eine Art von Halt und symbolische "Gebärmutter" bietet. Wenn man merkt,

dass ein Patient alles daran setzt, ins Gefängnis zu kommen, so sollte wenn möglich den Patienten regelmässig besuchen oder ihm schreiben, damit der Kontakt zu einem "guten Objekt" nicht abgebrochen wird. Dann kann die Regression auf die quasi pränatale Stufe aufgefangen werden und ist später für die Therapie nutzbar. Für den Patienten ist ein solches Engagement auch der Beweis, dass in der Psychotherapie eine tragende Beziehung das Wichtigste ist und nicht die materiellen Zustupfe.

Im weiteren wäre eine Form von Behandlungswiderstand zu erwähnen (Fessler 1986), die im Drop-in nicht selten auftaucht und zwar explizit ausserhalb des mit dem Therapeuten vereinbarten Settings. Es handelt sich um ein Agieren ausserhalb der Therapiestunde aber innerhalb der Institution im Sinne einer Aufspaltung der Übertragung. Der Patient versucht, Regeln des Methadonprogramms zu umgehen, möchte andere Mitarbeiter in Gespräche, Forderungen und Konflikte einbeziehen, ja in extremen Fällen kommt es sogar zu Sachbeschädigungen und Gewaltdrohungen im Wartezimmer oder der Rezeption. Oft dulden die Forderungen nach Aufmerksamkeit des Patienten keinerlei Aufschub, was auf eine regressive Entdifferenzierung von Selbst und Objekt, in der das Objekt omnipotent kontrolliert werden muss, deutet (Fessler 1986). Diese Art von Agieren, die für die Mitarbeiter oft sehr unangenehm sein kann, kann weder durch Deutungen noch durch Bestrafungen (Überich-Funktionen) schnell beseitigt werden. Vielmehr muss auch das durchgearbeitet werden und zwar, indem der betroffene Mitarbeiter die Grenzen dort setzt, wo er mit seinen eigenen Kräften momentan gerade steht. Der Therapeut muss dann dem Patienten schrittchenweise beibringen, dass Therapeuten und Mitarbeiter nicht omnipotent sind (Fessler 1986).

3.4 Zur Beratung von Angehörigen und Umfeld

Der Umgang mit dem Umfeld des Patienten, das sich vehement meldet, mitberaten werden möchte oder mitbestimmen möchte, ist eine grosse Schwierigkeit. Man gerät als Therapeut leicht in ein Mit-Agieren entweder, indem man dem Umfeld zuviel Beachtung und Macht einräumt und so das Vertrauen des designierten Patienten verspielt oder indem man vom Patienten in den Sog der gut-böse Spaltung gezogen wird. Man neigt vielleicht dazu, die Angehörigen oder die andern Fachleute als ungeliebte Konkurrenten, die eine gut laufende Behandlung zerstören möchten, anzusehen. Dabei vergisst man, dass der Patient auf diese Weise seiner Ambivalenz gegenüber der Behandlung zum Ausdruck verhilft. Wenn also das Umfeld des Patienten irgendwie gegen die Behandlung rebelliert, so muss

man dies ernst nehmen und zwar auch als Übertragungsphänomen und Widerstand des Patienten selbst. Grundkenntnisse der Familientherapie haben sich zweifellos als wertvolle Hilfen für den Umgang mit dem Widerstand der Angehörigen erwiesen. Rauchfleisch (1990 S.175 ff) wies darauf hin, dass bei Borderline-Patienten auf niedrigerem Strukturniveau der Kontakt zum Umfeld auch Vorteile für die Behandlung haben kann, indem nämlich die innere und äussere Realität des Patienten besser unterschieden und die Bedeutung signifikanter Bezugspersonen und somit internalisierter Objektbeziehungen besser erfasst werden kann. Konstruktive Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld kann dem Patienten auch helfen, einen sozialen Lernprozess zu durchlaufen.

3.5 Zur Regression

Die Behandlung der Regressionsbereitschaft stellt ein ganz dringendes Thema bei Süchtigen dar und zwar weil die Regression sehr im Zusammenhang mit der Abwehr von Objektbesetzungen steht (Moser 1967 S.97). Der Patient hat in einer tiefen Dissoziation des Ich keinen Kontakt mehr zu wichtigen Instanzen, beispielsweise den Objektrepräsentanzen. Diese sind jedoch durch die Sucht, wenn kein organischer Abbau besteht, keineswegs etwa ausgelöscht. Unter Methadon oder nach einem Entzug tauchen sie wieder auf. Deshalb erwecken Süchtige schon nach kurzer Behandlungszeit oft einen ganz gesunden, normalen Eindruck, der allerdings über die erneute Dissoziationsbereitschaft, dem Riss in ihrem Ich, hinwegtäuscht und zu verfrühtem Erfolgstaumel sowohl des Süchtigen und seiner Angehörigen als auch der Therapeuten verführt. Beispielsweise beobachtet man oft zu Beginn einer Heroinsucht, dass der Patienten absolut unzugänglich jeder Kontaktaufnahme gegenüber steht. Er will ja gerade durch die Substanz von allen Menschen unabhängig werden und sein Triebbedürfnisse durch die Sucht befriedigen. Bei fortgeschrittener Sucht sind einige Personen dann viel zugänglicher, weil sie die Begrenztheit des Glücks, das durch Heroin gewonnen werden kann, langsam merken. Es hat aber mittlerweile eine starke Dissoziation der Persönlichkeit stattgefunden, so dass sich der Patient im Triebleben manchmal auf ein autistisches, präobjektales Niveau zurückversetzt sieht (Balint 1970 S.68). Klinisch sieht das dann so aus, dass jeder Triebwunsch aggressiver oder libidinöser Art nur noch als Opiathunger (craving) wahrgenommen werden kann. Die Dissoziation führt dazu, dass die betroffene Person zu ganzen Teilen des Ich und insbesondere zu den Objektrepräsentanzen keinen Zugang mehr hat. Insbesondere gilt das auch für die anfängliche Übertragungskonstellation. Der Patient will vermeintlich nur Methadon und nicht Gespräche. Nach Winnicott

(1982 S.37) besteht die Aufgabe des Analytikers darin, eine solche Dissoziation in eine gutartige Regression zu verwandeln und so vom Autismus zur Symbiose zu gelangen. Man muss also die Ein-Personen-Psychologie des Patienten in eine Zwei-Personen-Psychologie (Balint 1970 & 1981) und schliesslich zur Triangulation führen. Es bestehen oft verschiedene regressive und dissoziierte Persönlichkeitsanteile bei einem süchtigen Patienten nebeneinander. Eine gutartige Regression betrifft die Triebwünsche, während das Ich intakt bleibt und das Behandlungsgeschehen beobachten kann. Das Arbeitsbündnis bleibt intakt. Wenn der Analytiker eine kleine symbolische Triebbefriedigung der regredierten Wünsche anbietet, kann es zu einem sogenannten Neubeginn in den Objektbeziehungen des Patienten kommen, wobei er aus der "primitiven" Welt wiederauftaucht (Balint 1970 S.169). Das eigentliche Ziel einer gutartigen Regression besteht darin, dass der Patient erkannt und verstanden werden möchte, während bei der böartigen Regression die Triebbefriedigung als solche gesucht wird. Eine böartige Regression des Ich bewirkt, dass Wünsche nicht mehr als solche wahrgenommen werden, sondern nur noch als dringende Forderungen, wie sie ein Kleinkind verspürt. Die Atmosphäre der Arglosigkeit zerfällt immer wieder und der Patient zeigt Symptome von verzweifelten Anklammerns und suchartiger Zustände. Ein Neubeginn wird zwar angestrebt, gelingt aber nie (Balint 1970 S.179). Meiner Ansicht nach entsteht eine böartige Regression vor allem dann, wenn der Patient grosse Ängste vor der Bindung an ein Objekt hat. Die suchartigen Forderungen an den Therapeuten entstehen, weil die befriedigenden Aspekte des guten Objekts nicht verinnerlicht werden können. Das Anklammern ist also nicht etwa eine besonders tiefe Bindung, sondern im Gegenteil die Abwehr gegen eine innerpsychische Besetzung des Therapeuten (Moser 1967 S.97ff).

3.6 Zur Übertragung

Durch die Parameter wird die Übertragung in bestimmte Richtungen gelenkt, die natürlich mit den Objektbeziehungen des Patienten sehr viel zu tun haben. Einerseits spielt die emotionale Besetzung eines Medikaments eine wichtige Rolle, andererseits muss die idealisierende und die aufspaltende Übertragung berücksichtigt werden. Sekundär müssen auch störende Begleiterscheinungen der Parameter, etwa wenn der Patient sich beispielsweise zu Dank verpflichtet fühlt oder um seine Unabhängigkeit gegenüber dem Therapeuten kämpft, indem er Stunden schwänzt, analysiert werden. So ist auch die genaue Betrachtung des komplizierten Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen sehr wichtig, nicht zuletzt auch bei denjenigen Patienten, die gar nicht fähig sind, eine

eigentliche Psychotherapie zu machen. Die psychodynamischen Überlegungen dienen in diesen (schwierigen) Fällen mehr der psychischen Ökonomie des Therapeuten.

Das Methadon kann anfangs der Behandlung geradezu als Übertragungsersatz betrachtet werden. Der Übertragungseffekt eines Medikaments oder einer Substanz kommt übrigens auch beim Nichtsüchtigen sehr deutlich bei der Placebo-Wirkung zum Vorschein. Umsomehr beim Substanzen-Abhängigen wird die Substanz zum Ersatz für das Liebesobjekt, und die ersehnte Beziehung ist die Vereinigung mit ihm, das heisst deren Einverleibung (Krystal & Raskin 1983 S.51). Die Bindung an die Behandlung geschieht nicht durch die Reaktivierung von kindlichen Beziehungswünschen am Therapeuten, sondern dadurch, dass er deren Abwehr mithilfe des Medikaments gestattet (Kurz 1987 S.9ff). Die Funktion der Droge für den Süchtigen ist diejenige einer Plombe auf dem Selbst, die eine drohende vitale Entleerung des Selbstwertgefühls verhindert. Personen, die in der Kindheit schwer traumatisiert wurden, werden sich hüten, eine solche Plombe zu schnell aufzugeben und sich der Gefahr einer erneuten Traumatisierung durch ein Verraten- oder Verlassenwerden aussetzen.

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Helbling (1986) wurde auch bei dieser Stichprobe bestätigt, wie enorm wichtig die therapeutische Beziehung für diese Patienten ist. Die Beurteilung der Therapeuten hier gleicht also durchaus derjenigen der Patienten selber, wie sie von Helbling erhoben wurde.

Bei einer knappen Mehrheit von Patienten (57.5%) fanden sich Anteile einer idealisierenden Übertragung. Der idealisierenden Übertragung wurde damals schon, lange vor Kohut, von Aichhorn grösste Bedeutung für die Modifikation des Überichs bei Verwahrlosten zugemessen. Die Idealisierung des Therapeuten bewirkt, dass der Patient seine abgespaltenen Überich-Anteile nicht auf diesen projizieren kann und darum innerhalb der Übertragung vermehrt auf reifere, neurotische Abwehrmechanismen zurückgreifen muss, die dann besser analysiert werden können als Projektionen. Viele Autoren (Aichhorn 1987 S.107, Eissler) empfehlen sogar, dass der Therapeut aktiv eine solche Übertragung induziere. In der Folge hat der Patient zumindest während der Therapiestunden eine vermehrt neurotische Struktur mit der man besser arbeiten kann, weil sie der Sprache zugänglich ist. Wenn der Therapeut konsequent vermeiden kann, dass er in die Rolle des projizierten Überich gedrängt wird, ist der Patient gezwungen, sein Überich als ihm eigene Struktur zu anerkennen und somit kann der Patient erstmals merken, dass er sich in einem

psychischen und nicht bloss gesellschaftlichen Konflikt befindet. Eine Aufspaltung der Übertragung auf verschiedene Mitarbeiter einer Institution scheint vielen Süchtigen sehr entgegenzukommen (Krystal & Raskin S.61) Sie bildet den Gegenpol der idealisierenden Übertragung. Die Auflösung der idealisierenden Übertragung stellt wegen der realen sozialen Distanz zwischen den Patienten und den Therapeuten eine gewisse Schwierigkeit dar. Ähnlich wie in der Kinderanalyse ist allein schon die Tatsache, dass ein Mensch mit höherem gesellschaftlichem Status dem Patienten soviel Aufmerksamkeit schenkt, ein narzisstischer Gewinn an sich. Leider können die Patienten auch nach vollständiger Rehabilitation kaum je eine solche gesellschaftliche Position erreichen.

Bei einem grossen Teil (45%) der Probanden kamen auch ödipale Übertragungen in den Behandlungen vor, dabei war dies nicht nur bei den Probanden des 1. Clusters der Fall. Die ödipale Konstellation bei narzisstischen und Borderline-Störungen ist gekennzeichnet durch einen verfrühten Eintritt in die Dreieckssituation unter dem Druck der präödipalen Enttäuschung am primären Objekt (Rohde-Dachser 1987 S.786). Dabei handelt es sich oft um eine unechte Triangulation in einem "strategischen" Ödipuskomplex, der die Teilobjektbeziehungen und das narzisstische Grössenselbst des Kindes verfestigt. Die Urszene als Beziehung des Elternpaares unter sich wird entweder verleugnet oder in einem sadomasochistischen Szenarium phantasiert. Ein gesellschaftliches Abbild einer solchen undifferenzierten Urszene finden wir übrigens in der offenen Heroinszene von Zürich. Oft bestand von Seiten eines oder beider Eltern gegenüber dem Kind geradezu ein Triangulationsverbot, welches bei der Überich-Bildung dann zu unvereinbaren Widersprüchen und Loyalitätskonflikten führte. Weder der Generations- noch der Geschlechtsunterschied werden in die Realitätsprüfung aufgenommen. Inzestuöse Wünsche werden nicht aufgelöst und Regeln für das zwischenmenschliche Zusammenleben nie akzeptiert. Viele Patienten finden es in den ersten Jahren der Behandlung schwierig, die fachliche Kompetenz ihres Therapeuten zu anerkennen und äussern ganz offen den Wunsch nach privaten Kontakten oder einer Liebesbeziehung. Dafür möchten sie sich dann in keiner Weise an die Regeln des Methadonprogramms halten. Wenn es dem Analytiker gelingt, den Patienten in eine starke Gefühlsabhängigkeit zu bringen und ihn Versagungen ertragen zu lassen, so zwingt er den Patienten, sich jenem Prozess zu unterwerfen, dem er sich während der ödipalen Phase widersetzte, nämlich der Identifizierung mit einer autoritativen Person (Eissler 1966 S.846). Auf der Ebene der ödipalen Phantasien heisst das, dass das Inzesttabu und das Gebot "du sollst nicht töten" (Aurbach

in Lewinsky & Reller S.126) gegenüber dem Vater akzeptiert werden. Sonst ist nämlich eine erfüllte sexuelle Beziehung ausserhalb der Herkunftsfamilie nicht möglich.

Rauchfleisch machte mich darauf aufmerksam, dass die Gegenübertragung der Therapeuten hier zuwenig explizit thematisiert wurde, aber oft implizit in die Darstellung der Behandlung beispielsweise der Widerstände einfliesse. So könnten viele Phänomene der Behandlungen wert-neutraler verstanden werden, wenn man Borderline-Patienten nicht ständig am Ideal einer nur neurotischen Störung messe und versuche, die sich abspielenden Verhaltensweisen auch als eine Kommunikationsform und eine Inszenierung der psychischen Organisation zu akzeptieren. Gerade im Dialog über die Widerstände und bei den Fallgeschichten wurde demnach oft deutlich, dass die Spezialisierung der Beratungsstelle zu einer allzu grossen emotionalen Belastung des einzelnen Therapeuten führen kann, wenn er nicht bloss einzelne schwer gestörte Patienten sondern mehrheitlich solche behandeln muss.

4. Zum Behandlungserfolg und Therapieabschluss

4.1 Zum Ende der Behandlungen

Vermutlich gilt für den Abschluss dieser Behandlungen ebenso wie für den Anfang, dass er oft nicht "sauber" durchgeführt werden kann. Ein regulärer Abschluss in beidseitigem Einverständnis auf der Basis von genügenden Therapiefortschritten oder sogar einer Heilung der Symptomatik scheint selten zu sein. Die Frage ist, ob wir daher wie Kernberg generell eine schlechte Prognose stellen müssen und damit Gefahr laufen, das Kind mit dem Bade auszuschütten, indem wir gar nicht sehen, welche doch beachtlichen Fortschritte die Patienten gemacht haben, wenn man ihren Zustand mit der Ausgangslage vergleicht. Gerade bei Patienten, die an einer Störung der Wiederannäherungsphase leiden, besteht die Gefahr, dass die Therapie zu früh beendet wird. Dem bewussten Wunsch des Patienten nach Beendigung der ambulanten Massnahme oder des Methadonprogramms möglichst rasch autonom und "geheilt" zu sein, sollte nicht allzu rasch nachgegeben werden. Sonst kann die Auflösung der Wiederannäherungsproblematik verhindert werden und der Patient bleibt trotz Behandlungserfolg noch recht vulnerabel für Rückfälle. Dazu gehören auch Patienten, die während ihrer Kindheit von den Eltern chronisch überfordert worden sind und sich viel zu früh ablösen und selbständig werden mussten. Diese wirken vielleicht während der Methadonbehandlung strebsam und erfolgreich. Olgiati bemerkte dazu in einer

Diskussion, dass es in solchen Fällen ein grosser Fehler wäre, die Therapie nach dem Abbau des Medikaments zu beenden, obwohl der Patient das möglicherweise erwartet. Gerade der Abschluss kann eine entscheidende Weiche im Leben des Patienten stellen.

Leider werden in allen öffentlichen Institutionen die Patienten oft von ihren Therapeuten verlassen. Gerade für schwer gestörte aber noch therapierbare Personen stellt das eine wiederkehrende Traumatisierung dar, die sicher oft am Scheitern solcher Behandlungen beteiligt ist. So hatten im Quervergleich Methadonprogramme mit hoher Mitarbeiter-Konstanz bessere Erfolge zu verzeichnen als solche mit ständigem Wechsel (Ball 1988, S. 214 ff).

4.2 Betrachtungen zum Erfolg

Generell zeigte sich, dass der Behandlungserfolg bei diesen delinquenten süchtigen Patienten, die traditionell als Stiefkinder der Psychoanalyse und der Psychiatrie angesehen werden, sicher nicht hinter dem von Therapien von andern psychischen Störungen zurücksteht. Die berühmte Drittelquote für die Heilung der Symptomatik, nämlich von einem Drittel (30%) Erfolgen und fast einem Drittel massiven Besserungen (27.5%), galt auch für unsere Stichprobe. Die Forderung der Öffentlichkeit nach völliger Heilung der Sucht und Delinquenz wird an keine andere psychische Störung gestellt. Es gibt bisher einfach keine Psychotherapie, die für bestimmte Störungen in jedem Fall Erfolg hätte. Deshalb ist ein Leben unter Methadonsubstitution ohne Substanzenmissbrauch ein sehr gutes Ergebnis für den Patienten und den Therapeuten (Newman 1987, S.115). Wir dürfen nicht vergessen, dass die vorliegende Stichprobe nicht einfach mit einer Stichprobe von Methadonpatienten verglichen werden kann, da das zusätzliche Kriterium der Delinquenz einen für den Behandlungserfolg signifikanten, abträglichen Effekt darstellt (McLellan in: Cooper 1983 S.507). Der Behandlungserfolg muss thematisch aufgegliedert werden in den symptomatischen Erfolg und die gesellschaftliche Anpassung und in die psychodynamischen Veränderungen. Auch müssen wir betrachten, ob der symptomatische Erfolg etwaige Nachteile mit sich bringt. Die psychodynamischen Veränderungen waren in fast jeder Hinsicht erfreulich, jedoch nicht objektiv überprüfbar. An sich ist aber auch wenn eine solche Behandlung nicht zu einem Abschluss kommt, ein besseres Funktionieren des Ich des Patienten wichtig, damit er die Kränkung der Invalidität ertragen kann und die Compliance in der lebenslänglichen Abhängigkeit von Medikamenten und Institutionen gewährleistet ist.

Am Schluss des untersuchten Zeitraums war bei knapp der Hälfte (47.5%) aller Patienten die Delinquenz vollständig verschwunden, soweit die Therapeuten darüber informiert waren. Dies scheint eine tiefe Quote, wenn man mit dem 90%-igen Rückgang der Delinquenz unter Methadonpatienten, wie er in der amerikanischen Literatur geschildert wird, vergleicht (Platt 1986 S.329ff). Die Krux des Vergleichs liegt jedoch in den ganz unterschiedlichen Messinstrumenten. Bei den amerikanischen Untersuchungen wurde die Verhaftungsrate während der Behandlung im Vergleich zur Zeit davor als Kriterium genommen und diese war natürlich auch bei unserer Stichprobe sehr klein. Hingegen handelt es sich bei der hier erwähnten "self-reported" Delinquenz unserer Probanden während der Behandlung um eine kriminelle Betätigung, die weitgehend unter die Dunkelziffer der Straftaten fällt. Zugleich entspricht diese Stichprobe von besonders delinquenten Süchtigen natürlich nicht den durch-schnittlichen Methadonpatientenkollektiven. Besonders für den Steuerzahler enttäuschend ist die Tatsache, dass sich die globale Arbeitsfähigkeit unserer Probanden im Lauf des untersuchten Zeitraumes nur geringfügig verbesserte (von 40% auf 47.5% Werkstätige). Es gab eine gewisse Verlagerung, indem wenige fürsorgeabhängige Patienten später arbeitsfähig wurden, während andere, die zu Behandlungsbeginn noch gearbeitet hatten, sich definitiv als invalid herausstellten. In verschiedenen amerikanischen Studien zeigte sich (McLellan in: Cooper 1983 S.507), dass gelernte oder angelernte Berufsleute den besseren Behandlungserfolg in Methadonprogrammen bezüglich Suchtfreiheit und Arbeitsfähigkeit hatten als die Wohlfahrtsbezüger. Andere amerikanische Autoren berichteten von signifikanten Verbesserungen der Arbeitsfähigkeit unter Methadon (Platt 1986 S.333), sodass nach zwei Jahren Behandlung bis zu 85% der ehemals Heroinabhängigen eine Stelle hatten. Über die Unterschiede zu unserer Stichprobe können wir nur spekulieren, aber es könnte nicht zuletzt mit der Verbreitung und dem Ausbruch der HIV-Infektion zu tun haben, dass heutzutage die Arbeitsfähigkeit vielfach nicht wieder hergestellt werden kann. Der Behandlungserfolg der regulär abgeschlossenen Patienten (n=5) wurde von den Therapeuten relativ optimistisch mit guter Prognose versehen. Von einer Person ist bekannt, dass sie einen schweren Rückfall hatte, den andern scheint es gut zu gehen. Die Prognosen für Methadonpatienten, die das Programm beenden ohne soziale Rehabilitation und ohne die Zustimmung ihrer Betreuer, sind erfahrungsgemäss und auch nach empirischen Untersuchungen (Milby 1988 S.413) nicht sehr gut. Anders stehen die Chancen jedoch für Personen, die eine Methadonbehandlung regulär abschliessen. Nach Milby (1988 S.412-13), Stimmel et al. (1977) und Reicher (1976 S.610) dürften wir für unsere

Patienten, die begleitende Psychotherapie hatten, schon 60-80% oder mehr langjährig abstinent und sozial integrierte Personen erwarten. Die günstige Prognose, die deren Therapeuten stellten, scheint daher durchaus in Übereinstimmung mit den empirischen Nachuntersuchungen an andern Stichproben, auch wenn sich diese nicht in jeder Hinsicht vergleichen liessen.

Die Probanden des 1. Clusters erfüllten die hohen, in sie gehegten Erwartungen. Im Überblick führten die Resultate der Psychopathologie und des Behandlungsverlaufs der depressiven Neurotiker (Cl 3) zu einem überraschenden Ergebnis. Während sie anfangs der Behandlung in vielerlei Hinsicht weniger schwer gestört wirkten, etwa in der Frustrationstoleranz und der Beziehungsfähigkeit und deshalb eine gute Prognose erwarten liessen, erwies sich der tatsächliche Behandlungserfolg als sehr dürftig. Zwar waren auch während der Behandlung viele günstige Zeichen der Behandelbarkeit aufgetaucht, z.B. die Art der Übertragung und die Motivation, doch täuschte dies oft über die Existenz eines andern, offenbar abgespaltenen Persönlichkeitsanteils, hinweg. Dieser verborgene, abgespaltene Anteil sabotierte unbewusst die Behandlung, missbrauchte den Therapeuten und neigte zu schweren Regressionen. Es fragt sich, ob diese Patienten, die zwar von der Autonomieproblematik nicht ausgesprochene Borderlinefälle sind, aber aus bestimmten Gründen dennoch nicht auf einem stabilen neurotischen Niveau funktionieren können. Eine solche Situation mit einer im Ungleichgewicht befindlichen Psyche kann an sich viel komplizierter sein als die Behandlung einer früheren Störung. Vielleicht wären stationäre Therapien oder auch Überich-stützende Therapien für solche Patienten letztlich angebrachter als psychodynamisch aufdeckende Verfahren. Eine solche instabile Neurose oder Borderline-Störung auf höherem Niveau muss auch für viele der Patienten des 2. Clusters postuliert werden. Beim 4. Cluster zeigte sich trotz fehlender Krankheitseinsicht und schwerer psychischer Störung ein beachtlicher Behandlungserfolg. Im 5. Cluster konnten bei 46% (6 Personen), einem angesichts der Schwere der Störung dieser Personen hohen Prozentsatz, ein recht zufriedenstellender Erfolg in der Bekämpfung der delinquenten und süchtigen Symptomatik erreicht werden.

Ohne eine detaillierte Katamnese erheben zu wollen, war bei Abschluss dieser Arbeit (2 Jahre nach der Erhebung) noch das weitere Schicksal von n=29 Patienten der Autorin bekannt. Es zeigte sich zwei Jahre nach der Erhebung, dass die Erfolgsquoten der einzelnen Cluster sich weitgehend gehalten hatten, soweit das Wohlergehen der Patienten noch bekannt war. So war bei den Patienten vom 1. Cluster zu 90% die Katamnese

bekannt und 20% hatten eine erfolgreiche Behandlung abgeschlossen, während die Andern immer noch in einer gut laufenden Behandlung waren. Beim 2. Cluster war zwar in 40% das weitere Schicksal der Probanden nicht bekannt, jedoch hatten 25% des Clusters die Behandlung erfolgreich abgeschlossen; mehr als erwartet. Bei 60% der Patienten des 3. Clusters war das weitere Befinden unbekannt, bei den Andern lief es nicht gut, eine Patientin war gestorben. Das 4. und 5. Cluster zeigten weitgehend dasselbe Erfolgs-spektrum wie bei der Erhebung, nämlich rund die Hälfte der Personen befand sich weiterhin in gut laufender Behandlung oder hatten erfolgreich abgeschlossen (20% von Cl 5), die andere Hälfte waren nicht mehr bekannt oder verstorben. Insgesamt waren 5 Patienten (12.5%) verstorben, diese waren vom 3. 4. und 5. Cluster.

Der miserable Behandlungserfolg der Patientinnen, die ihre Partner in den Selbstmord trieben, lässt sich aus der gravierenden Triebentmischung erklären. Die Beziehungen waren dermassen stark von oral-sadistischen Impulsen geprägt, dass man den Eindruck hatte, die Patientinnen hätten ihre Partner "gefressen". Deren Objektbeziehungen waren dermassen von aggressiven Besetzungen durchdrungen, dass auch der Therapeut Ängste verspürte. Es fragt sich auch, wie diese Frauen es eigentlich anstellten, ihre Männer derart unter ihren Einfluss zu bringen, dass sie die suizidalen Impulse ihrer Partnerinnen übernahmen. Zweifellos spielten dabei archaische introjektive-projektive Abwehrmechanismen eine grosse Rolle. Diese Männer, die übrigens teilweise nicht süchtig gewesen waren, wussten wohl kaum, wie ihnen geschah. Vielleicht mag auch eine masochistische Männerphantasie von der totalen sexuellen Hingabe an eine Frau bis zum Tod, eine Rolle gespielt haben. Man könnte diese Frauen daher im wahrsten Sinne des Wortes als "schwarze Witwen" oder "femmes fatales" bezeichnen.

Die soziale Reintegration und der Verzicht auf die selbstdestruktive Symptomatik hatten jedoch auch ihren Preis. Der Verzicht auf die Impulsivität führte bei vielen Patienten (22.5%) zu einer schweren narzisstischen Entleerung, die eine klinisch manifeste Verschlimmerung der Depression nach sich zog. Eine andere Einschränkung der Lebensqualität, die nach der Heilung der frühgestörten Abwehrstrukturen oftmals eintrat, war der Verlust der Aktivität und vor allem der Arbeitsfähigkeit. Das Problem der Therapien dieser Patienten liegt darin, dass eine solche Behandlung gewisse Narben hinterlässt. Solche Narben können einerseits eine grosse Passivität sein, andererseits auch eine Zunahme der Depressivität. Dies weckte bei vielen Patienten instinktiv sehr grosse Ängste. Viele erfolgreiche Patienten könnten auch als ausgesprochen psychisch rigide bezeichnet werden. Sozial

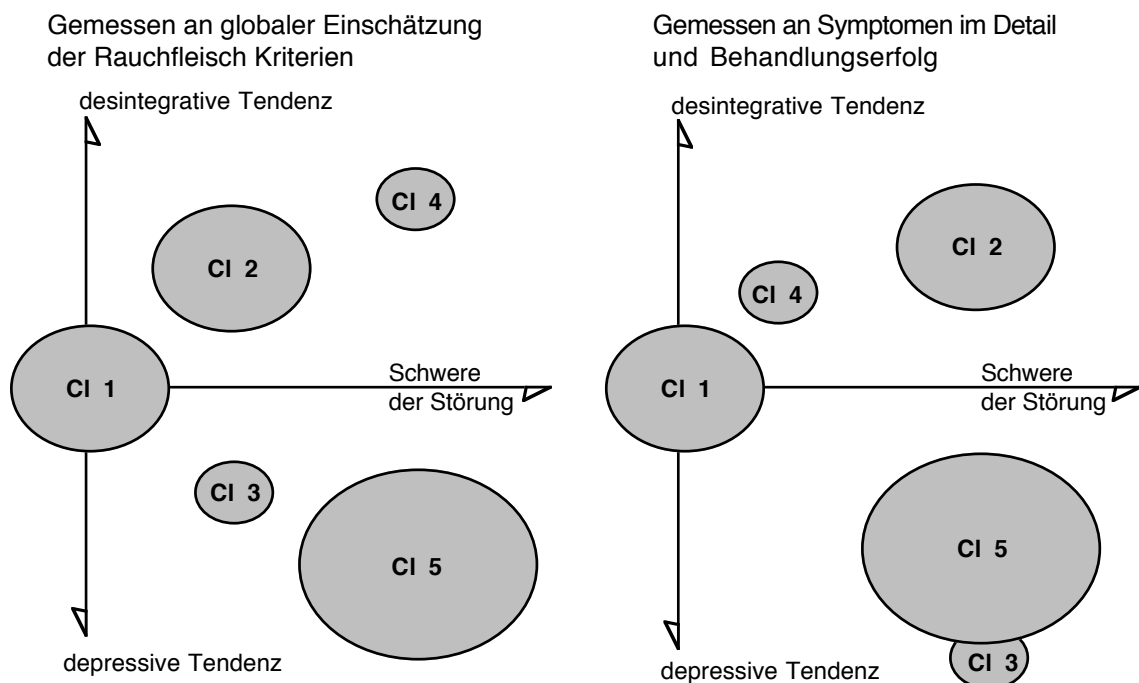
gesehen lebten viele Methadonpatienten äusserst bescheiden und isoliert. Man muss davon ausgehen, dass es bei vielen Patienten in Anerkennung möglicher Chronizität von Suchtverläufen heisst, realistischerweise für die Rehabilitationsziele Drogenabhängiger das Modell der Behinderung anzuwenden. Schliesslich müssen Therapeut und Patient lernen, mit der Kränkung der nicht vollständig wiederherstellbaren Gesundheit umzugehen (Fuchs 1990 S.2).

Die Beobachtung an einzelnen Patienten, dass die Behandlungsmotivation und vor allem das agierende, impulsive Verhalten sich stark verbesserten, nach dem die Diagnose der HIV-Infektion gestellt worden war, ist ein interessantes Phänomen. Es steht durchaus im Einklang mit der Beobachtung von Wille (in Feuerlein 1989 S.279), dass HIV-Positive Klienten in stationärer Therapie sehr aktiv teilnehmen und diese auch erfolgreich abschliessen. Zweifellos ist eine solche Diagnose für den Patienten ein schwerer Schock. Es scheint, dass dadurch das archaische omnipotente Grössenselbst stark erschüttert wird und die dahinter liegende Grundstörung nicht mehr abgewehrt werden kann. Deshalb nimmt der Leidensdruck solcher Patienten entscheidend zu (vgl. Kernberg 1980 S.354). Nicht zuletzt steht hinter der grossen Motiviertheit solcher Personen auch die Hoffnung, durch eine Anpassung an die Überich-Forderungen den Ausbruch von Aids zu verhindern oder hinauszuschieben. Wenn das Überich nicht mehr projizierend abgewehrt wird, ist dessen Bearbeitung besser möglich. Die Depressivität, die durch den Zusammenbruch der Omnipotenzphantasien entsteht, bewirkt eine grössere Wiederbesetzung der Objektbeziehungen anstelle von süchtigen Befriedigungsmodi. Dadurch entsteht in der Regel eine intensive therapeutische Beziehung, an der die Abhängigkeitswünsche einfacher analysiert werden können als an der Sucht selber. Eine eventuell verkürzte Lebenserwartung wegen positivem HIV-Antikörperbefund stellt daher nicht im geringsten eine Kontraindikation zur Psychotherapie dar, sondern im Gegenteil, gerade bei solchen sehr motivierten Patienten ist es sinnvoll, ihnen zu helfen, die verbleibende Lebenszeit sinnvoll zu gestalten. Nicht zuletzt hat sich ja auch gezeigt, dass die Abstinenz von (intravenös applizierten) Drogen die Immunabwehr entscheidend verbessert und deshalb Patienten im Methadonprogramm oder drogenfrei lebend im Schnitt doppelt soviel Zeit bis zum Ausbruch der AIDS-Erkrankung haben wie praktizierende Fixer (Weber et al 1990).

4.3 Relevanz der Cluster für die Prognose

Prognostisch gesehen liess sich in Übereinstimmung mit andern Forschungsergebnissen zeigen, dass die Probanden ohne markante Psychopathologie im Sinne des dissozialen Syndroms nach Rauchfleisch signifikant bessere Behandlungsergebnisse erzielten als die andern. Die restlichen 4 Cluster von diagnostischen Unterteilungen konnten keine signifikanten Unterschiede im Behandlungserfolg erkennen lassen, dazu war auch die Stichprobe möglicherweise zu klein. Die andern diagnostischen Einteilungen hatten jedoch für psychodynamische und behandlungstechnische Überlegungen sehr wohl eine Bedeutung.

Abb.24: Unterschiede zwischen den Clustern in Bezug auf die Schwere der Störung



Die Ergebnisse der detaillierten Betrachtung der Psychodynamik und der Behandlung ergab in den Unterschieden zwischen den Clustern gewisse Abweichungen zu den Interpretationen, die die Clusterlösung aufgrund der globalen Einschätzung der Kriterien von Rauchfleisch zulässt. Für den Gegensatz zwischen dem 1. Cluster und den andern Clustern (2-5) waren die beiden Betrachtungsweisen kongruent, nicht aber für die Unterschiede zwischen dem 2. und 4. Cluster oder dem 3. und 5. Cluster. Die Patienten des 4. & 5. Clusters, die im klinischen Eindruck anfänglich schwerer gestört schienen als die Personen aus Cluster 2 & 3, stellten sich als letztlich

gleich gute oder sogar bessere Patienten heraus. Zwischen der Schwere der Störung und dem Behandlungserfolg konnte also kein linearer Zusammenhang festgestellt werden. Gerade hier zeigte sich eine Divergenz zwischen den "sehr weichen" Variablen der globalen Einschätzung der Rauchfleisch-Kriterien, der "weniger weichen" Abfrage einzelner Symptome und letztlich dem relativ harten Kriterium des Therapieerfolgs anhand dem Verschwinden der Sucht, Delinquenz und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Die Desintegrationstendenz des 2. Clusters war eigentlich grösser bei der detaillierten Auswertung als diejenige des 4. Clusters. Zwar waren psychotische Vorkommnisse gleich häufig, aber der Prozentsatz an Suizidversuche war bei Cluster 2 viel höher als bei Cluster 4 (75% vs. 20%). Bei den depressiven Symptomen zeigte sich, dass die Patienten des 3. Clusters davon mehr betroffen waren als diejenigen des 5. Clusters (eine Ausnahme bildeten die Suizidgedanken). Reale Suizidversuche kamen bei Cluster 3 auch häufiger vor als bei Cluster 5 (80% vs. 46%). Die Schwere der Störung gemessen am Behandlungserfolg bei der Reduktion der Symptome Delinquenz und Sucht würde auch anders beurteilt, als allein aufgrund des globalen Eindrucks der einzelnen psychodynamischen Dimensionen. Delinquenz und Sucht hatten sich bei Cluster 4 eindeutig mehr gebessert (35-45% mehr) als bei Cluster 2. Auch die Beschäftigungslage des 4. Clusters war besser als beim 2. Cluster. Bei Cluster 3 und Cluster 5 waren die Ergebnisse im Behandlungserfolg und der Arbeitssituation vergleichbar. Beide Erfolgsquoten waren wie diejenige des 2. Clusters auch nicht überwältigend. Interpretieren könnte man diese Resultate so, dass Patienten vom 4. und 5. Cluster offenbar eine lärmendere, sozial auffälligere Symptomatik hatten, was aber mit der wirklichen Tiefe der Störung nicht identisch war. Andererseits könnte es sein, dass es in der Psychiatrie, wie in der somatischen Medizin, Krankheiten gibt, die zwar weniger schwerwiegend sind, nichts desto trotz aber unheilbar, respektive nur mit grossem Aufwand heilbar. Eine andere Interpretation der Ergebnisse liesse sich aus der Retrospektive der Befragung herleiten. In der Retrospektive erinnerten sich die Therapeuten, dass sie anfänglich gewisse Patienten als weniger schwer gestört angesehen hatten als andere, dass sie aber letztlich beim genaueren Kennenlernen (Detailbefragung der Symptomatik) feststellen mussten, dass sie sich getäuscht hatten.

4.4 Wert für die Diagnostik

Es fragt sich zum Abschluss der Diskussion nun, ob die vorliegende Untersuchung einen Wert für die Diagnostik und die Prognose zu Beginn einer Behandlung besitzt. Wegen den erwähnten methodischen Mängeln, kann man im folgenden sicher

nur von Hinweisen sprechen. Einerseits scheint differentialdiagnostisch wichtig die Unterscheidung zwischen Patienten, die man in Cluster 1, 2 oder 3 ansiedeln würde. Diese drei Cluster erschienen zu Anfang der Behandlung als psychodynamisch weniger gestörte Patienten, wobei letztlich nur die Patienten des 1. Clusters dies wirklich erfüllten. Die Unterscheidung zwischen den wirklich leicht gestörten Probanden und den andern muss sich daher an der Anamnese und den zwei Faktoren Depressivität und Desintegrationstendenz orientieren. Dealen scheint prognostisch ein günstiges Zeichen, schwere Depressionen, Suizidversuche und passagere psychotische Episoden hingegen weisen trotz vordergründig weniger schwer beeinträchtigten Psychodynamik auf schwerwiegende Probleme. Bei den offensichtlich schwer gestörten Probanden gibt es ebenfalls differentialdiagnostische Entscheidungshilfen, die über den zu erwartenden Behandlungserfolg Auskunft geben. Bei fehlender Depressivität, schizoider Charakterstruktur und Zuverlässigkeit des Patienten im Behandlungsarrangement scheint trotz fehlender Introspektion eine gute Prognose zu bestehen. Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist, dass Patienten, die einem zu Beginn der Behandlung sehr ich-schwach und gestört erscheinen, keineswegs als hoffnungslos gelten müssen, wenn sie auch nicht eine 100% gute Prognose haben. Zwingende Schlüsse aus diesen Resultaten sind, dass Prognosen nur sehr beschränkt aufgrund des klinischen Eindrucks oder der Diagnose gestellt werden können. Unbedingt muss der Eindruck, den der Patient in den Gesprächen hinterlässt, auch durch eine detaillierte Krankheitsgeschichte relativiert werden, sonst besteht offenbar die Gefahr, dass man den Patienten überschätzt. Insbesondere müssten Suizidversuche, aggressive Durchbrüche und psychotische Episoden als prognostische Faktoren erhoben werden. Wie man eine wahrheitsgemäße Anamnese erhält zu Anfang der Behandlung, in der die schwierigen Punkte nicht einfach schamvoll verschwiegen werden, steht dann wieder auf einem anderen Blatt.

5. Zu den Fallgeschichten

Anhand der Fallgeschichten wurde vergleichend zum empirischen Teil der Arbeit wieder sehr deutlich, wie extrem komplex und verwirrend die Beurteilung von Psychodynamik und Therapieerfolg ist. Die Schwierigkeit, verbindliche Kriterien für Therapieerfolg zu formulieren, stösst bei den zeitlichen Fluktuationen im Befinden des Patienten und der Auswahl der vielen möglichen Kriterien an Grenzen. Auch prognostische Aussagen haben nur eine sehr eingeschränkte Gültigkeit, wenn sie nicht sogar unmöglich zu machen sind. Gerade die beiden

letzten Fälle aus Cluster 5 illustrieren die begrenzte Aussagekraft des symptomatischen Erfolges einer psychiatrischen Behandlung. Der quasi selbstverständliche, eklektizistische Umgang vieler Psychoanalytiker mit verschiedenen, einander widersprechenden Theorien wird unter diesen Gesichtspunkten verständlich.

Wir hatten die vielfältigen Probleme gesehen, die sich hinter einer Sucht verbergen; letztlich kann das jede beliebige Neurose in Kombination mit einer Verkettung sozialer oder lebensgeschichtlicher Umstände sein. Einerseits macht das die Arbeit des Drogentherapeuten spannend und anspruchsvoll, andererseits sieht man auch deutlich, dass dies keinesfalls nur "Betreuungen" sind, die man psychiatrischen Laien überlassen könnte. Sucht und Delinquenz als Komplikation einer psychischen Störung rufen sekundär einige typische Abwehrmechanismen und Charaktereigenschaften auf den Plan, die die Behandlung der darunterliegenden Neurose oder Borderline-Störung erschweren. Mentzos (1982 S.109) forderte eine dreidimensionale psychodynamischen Diagnostik, wobei die Art des zugrundeliegenden Konfliktes, die strukturelle Beschaffenheit des Ich und die Abwehrmodi des Konfliktes separat berücksichtigt werden sollten. Im Sinne der dreidimensionalen Beurteilung von Mentzos können wir anhand der vorläufigen Ergebnisse dieser Arbeit vermuten, dass sich die süchtigen, delinquenten Personen vor allem in der Art der Abwehrmechanismen ähnlich sind, während die Ich-Struktur und der zugrundeliegende Konflikt sehr unterschiedlich beschaffen sein können, wie wir anhand der Fallbeispiele gesehen hatten. Typische Abwehrmechanismen für unsere Stichprobe war die Abwehr von Objektbesetzungen mit Hilfe von suchterregenden Substanzen, delinquenten Handlungen und Schwänzen der Therapiestunden. Bei den schwerer gestörten Probanden von Cluster 2-5 kamen besonders hinzu das Einsetzen eines selbstdestruktiven Chaos mit Krankheiten, Unfällen, Verbrechen, Obdachlosigkeit und verschiedenen Verfolgungssituationen.

6. Zur psychischen Ökonomie der Drogentherapeuten

Vergleichsweise wurde aus der Untersuchung dieser 40 Probanden sichtbar, dass die Behandlungen sehr wohl wirkten. Wenn man die Fortschritte relativ zum Status bei Therapiebeginn betrachtet, hatten fast alle Patienten ganz enorme Verbesserungen zu verzeichnen. Auch diejenigen, die am schlechtesten dran waren, hatten zumindest in einzelnen Bereichen weniger Störungen als früher. Anhand der Fallgeschichten wurde klar, dass die Beurteilung der Schwere der Störung eines Patienten glücklicherweise überhaupt nichts

mit Sympathie oder Antipathie des Therapeuten ihm gegenüber zu tun hat. Im Vergleich zu den weniger gestörten Neurotikern, die in einer privaten Praxis eine "normale Psychoanalyse" machen, deren Fortschritte bekanntlich auch nicht unermesslich gross sind, fallen die Süchtigen gar nicht ab. Hingegen ist eine vollständige Heilung vor allem von den schweren Störungen innerhalb der betrachteten Zeiträume von 2-5 Jahren selten erreichbar. Diese Tatsache wurde von vielen Autoren zur prognostisch ungünstigen Beurteilung solcher Patienten benutzt. Bezüglich Behandlungsretention und intrinsischer Therapiemotivation gibt es in allen psychiatrischen Ambulatorien aber auch den analytischen Privatpraxen nur eine hoch selektionierte Gruppe von Personen, die nach der ersten Anmeldung überhaupt längerfristig eine Behandlung durchhält. Wie kommt es also, dass die Prognosen und Machbarkeit von Therapien drogensüchtiger Delinquenten in der Literatur solche unterschiedliche und widersprüchliche Ansichten provozieren?

Obwohl wir gesehen hatten, dass es sehr viele erfolgreiche und erfolgversprechende Behandlungen in diesem Bereich gibt, wahrscheinlich kaum weniger als an andern ambulanten Institutionen, so haftet dieser Klientel doch ein Makel an und viele Therapeuten fühlen sich mit der Zeit ausgebrannt (vgl. Newman 1987, S.115). Dieses letzte Problem sollte hier auch noch erörtert werden: warum gelten die Patienten eigentlich als so schwierig? Auch in dieser Untersuchung hatte sich ja gezeigt, dass die erfahrenen Therapeuten nur halb so viele Patienten hatten, die für die vorliegende Untersuchung in Frage kamen, also delinquent und süchtig waren. Newman (1987, S.115) führte die Frustration der Drogentherapeuten unter anderem darauf zurück, dass gesellschaftlich immer noch nicht anerkannt wird, dass es sich bei Sucht um eine schwere psychische Erkrankung handelt, deren Ursachen nicht restlos geklärt sind und vor allem die nicht durch reine Willensanstrengung überwunden werden kann. Diese Fehlsicht ist oft auch in den Köpfen der Ärzte und Psychotherapeuten unbewusst noch tief verankert und führt zur Hoffnung auf schnelle Heilungen. Eine andere unbewusste Tendenz ist die strenge Verurteilung des Überich jedes Menschen der Zügellosigkeit, die einer Sucht innewohnt.

Zwei Jahre nach der Erhebung waren 5 Patienten (12.5%) verstorben. Einerseits zeigte sich deutlich, dass die Behandlung solcher Patienten vom Therapeuten ein grosses emotionales Engagement fordert, dass aber andererseits diese Therapeuten ganz besonders auch Trennungs- und Verlusterlebnisse durch Beziehungsabbrüche und Todesfälle bei den Patienten in Kauf nehmen müssen. Insgesamt ergibt sich durch die Notwendigkeit einer starken Besetzung mit

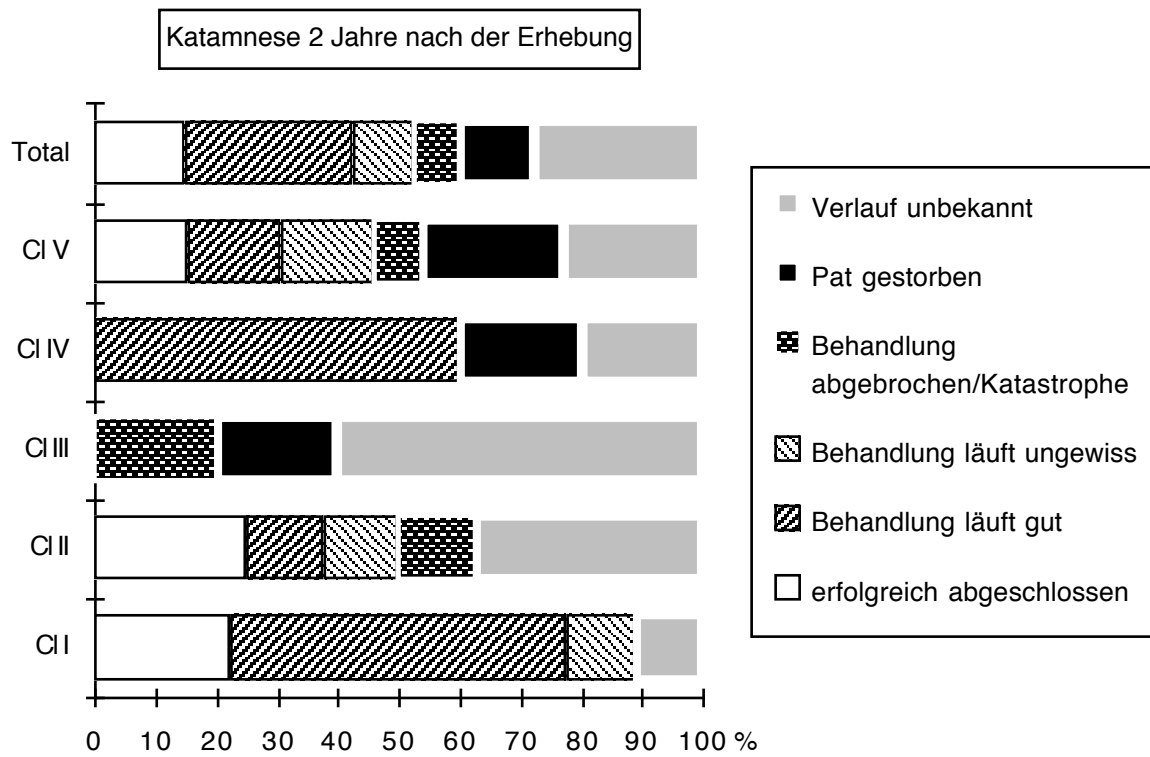
nachfolgender Enttäuschung, eine grosse emotionale Belastung für den Therapeuten, die dann nach Jahren zum "burn-out" Syndrom führen kann. Ein anderer Grund mag in der Art der Therapieabschlüsse liegen, die auch wenn der Patient von der Behandlung ungeheuer profitiert hatte, für den Therapeuten oft unbefriedigend bleiben. Manchmal hören die Patienten relativ kurze Zeit nach der symptomatischen Heilung mit der Therapie auf, oder jedenfalls zu einem Zeitpunkt, wenn deren Psychodynamik noch nicht ausreichend bearbeitet wurde. Andererseits gibt's auch viele Therapieabbrüche durch den Patienten, die nicht unbedingt mit Behandlungsmisserfolg einhergehen müssen, aber den Therapeuten um die Freude am Erfolg "betrügen". Man darf nicht vergessen, dass der Umgang mit psychisch schwer traumatisierten Personen auch für den Analytiker eine Art Trauma darstellt; dann nämlich, wenn die Patienten durch ständige projektive Identifikationen versuchen, unaushaltbare Affekte und traumatische Situationen auf den Therapeuten abzuwälzen. Ein richtiger Umgang mit solchen oft jahrelang anhaltenden Übertragungssituationen ist auch für den sehr erfahrenen Therapeuten eine extrem schwierige Aufgabe (Rosenfeld 1990 S.296). Einige Lientherapeuten oder Ex-Fixer in Ko-Therapeutenrolle, wie sie in gewissen stationären Institutionen angestellt werden, neigen in diesen Fällen zu einem sadistischen Gegenagieren. So etwas kann sich ein Analytiker nicht leisten und einige nehmen dann in masochistischer Weise, die ihnen zugesprochene Rolle an. Eine andere Variante des untauglichen Umgangs mit sadistisch agierenden Patienten ist das Klammern an das therapeutische Überich, aus der Angst, in ein Gegenagieren zu geraten. Man versucht dann, den Patienten besonders sachlich neutral zu betrachten, um den eigenen aggressiven Triebkonflikten durch dauernde Entwertung oder nicht aufkeimen-wollendes Vertrauen auszuweichen. Wenn man sich endlich dazu überwunden hat, die Behandlung zu beenden, wie beispielsweise bei der Patientin 5x, fühlt man sich natürlich nicht gerade gut. In diesem Zusammenhang steht auch, dass sich in den Drogenberatungsstellen überall auf der Welt sehr schnell eine Reihe von chronischen, im Grunde unbehandelbaren Patienten ansammeln, die eine Art Szene rund um die Institution bilden. Manche Patienten sind nicht etwa mit minimalen Mitteln stabilisierbar, sondern sie fordern den Therapeuten mit immer neuen Krisen und Konflikten zeitlich und emotional besonders. Bei den weniger schwer gestörten Patienten sind die Behandlungen nicht so zeitraubend und der Therapeut sieht ein Ziel trotz grosser Belastung. Auch werden die unbehandelbaren Patienten von Generation zu Generation neuer Mitarbeiter weitergegeben, weil sie es geschickt verstehen, eine Weiterweisung an andere Institutionen zu vereiteln. Die Hoffnungslosigkeit der chronisch Kranken führt

letztlich zu einem Dauervorwurf an die Therapeuten und massiven Aggressionen ihnen gegenüber. Der Gewissenskonflikt, der ständig genährt wird, besteht darin, dass man schwerst gestörte Patienten zu "betreuen" hat, behandeln kann man in diesem Fall nicht mehr sagen, die ihr Leben zwar nicht selber meistern können, jedoch auch alles daran setzen, die Behandlung zu sabotieren und Therapeuten zu zermürben mit ihren Forderungen nach Symptombefriedigungen. Deshalb muss im Grunde ganz dringend dafür plädiert werden, dass solche Personen mit dem Weggang des Betreuers die Institution wechseln müssen und zwar letztlich zum Wohl des Patienten. In einer neuen Institution ist er nicht mehr als der jahrelange chronische Patient bekannt und hat so eine weitere Chance, doch noch Fortschritte zu machen, oder wenigstens für ein oder zwei weitere Jahre etwas Hoffnung zu haben. Dem im Wege steht dann wiederum der Anspruch einiger Therapeuten, dass ihre Institution die einzige sei, die mit solch schweren Patienten arbeiten könne. In diesem Zusammenhang muss die ständige Auseinandersetzung mit extremen Überichforderungen betrachtet werden. Süchtige verstehen es ganz ausgezeichnet, an das Überich des Helfers zu appellieren und in diesem immer wieder Schuldgefühle auszulösen. Oft muss er den Patienten Überich-Funktionen ersetzen und wird in der Folge als Träger des projizierten Überich des Patienten noch angegriffen von diesem, z.B. wenn Methadon im Spiel ist. Das strenge Überich von einzelnen Therapeuten zeigt sich darin, dass gerade die schwerst gestörten und chronischen Patienten als die "eigentlichen Drogensüchtigen" gelten, denen man "helfen" möchte und angeblich muss, obwohl sie letztlich eine kleine Minderheit sind. Seit 1984 kommt als desillusionierender Faktor die HIV-Infektion vieler intravenös Drogenabhängiger hinzu, die die Lebenserwartung der Patienten und die Hoffnung der Therapeuten auf eine vollständige Rehabilitation schwinden lässt.

Ohne über Andere richten zu wollen, möchte ich noch einige Fallen besprechen, in die man bei der Arbeit langfristig leicht treten kann. Ich selber habe mich natürlich auch schon öfters dabei ertappt. Ich habe schon beobachtet, dass man vor allem unter Müdigkeit oder chronischer Überlastung, dazu neigt, Charakterveränderungen durchzumachen und zwar wird man dann in seinen Ansichten und Verhaltensweisen rigider als früher. Einige der "ausgebrannten Helfer" neigen zur Rationalisierung ihrer Leiden. Sie beurteilen in ihren wissenschaftlichen Beiträgen die Prognosen solcher Patienten durchwegs als ungünstig. Behauptungen wie, die Patienten brauchten mehr eine somatische oder sozialarbeiterische Betreuung als eine psychotherapeutische, werden aufgestellt oder Forderungen nach vollständiger Freigabe aller Drogen.

Andere bleiben bei ihrem Job, gehen aber allen Konflikten mit Patienten aus dem Weg und erlauben den Patienten in bodenlose Regressionen zu stürzen bis die Behandlung für alle Beteiligten untragbar geworden ist oder der Patient im Gefängnis oder auf dem Friedhof gelandet ist. Eine weitere rigide Art des Umgangs mit Drogenpatienten besteht darin, dass man innerlich einige "privat-diagnostische" Regeln aufstellt, welche Patienten nicht mehr behandelbar seien (beispielsweise die "Antisozialen", die "Früh-Verwahrlosten" etc.). Ein Wissen um viele Verläufe solcher Behandlungen und darum, dass es durchaus Erfolge und Heilungen gibt, wie wir hier gesehen hatten, soll natürlich den Kollegen auch helfen, die eigenen Erlebnisse produktiv einsetzen zu können. Wichtig ist nicht zuletzt, dass man seine Kräfte schon am Anfang der Tätigkeit wohl dosiert und sich auf einen Langstreckenlauf und nicht auf einen Sprint einstellt.

Die Anerkennung der Zeit bedeutet das Aufgeben der Allmacht, die Ich-Funktionen der Antizipation und Erinnerung waren nur rudimentär ausgebildet (Reicher 1976 S.607).



IX.ZUSAMMENFASSUNG

Unter den Mitarbeitern der Jugend- und Drogenberatungsstelle Drop-in Zürich und der Methadonberatungsstelle des sozialpsychiatrischen Dienstes der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich hat sich in den vergangenen 10 Jahren eine grosse Erfahrung mit Behandlungen von delinquenten Süchtigen angesammelt. Die Befragung erstreckte sich über 8 Therapeuten in den betreffenden Institutionen. Alle hatten eine psychoanalytische Arbeitsweise und Ausbildung. Die Arbeit stellt einen Versuch dar, deren umfassendes Wissen über die psychoanalytisch orientierte Behandlung von Süchtigen, Delinquenten und andern gesellschaftlich randständigen jungen Leuten auf quantitative und qualitative Weise zu erfassen und darzustellen. Ein zweites Ziel bestand in der Erprobung einer Kombination von empirisch-statistischen mit hermeneutischen Methoden. Theoretischer Hintergrund der Befragung bildete eine moderne psychoanalytische Konzeptualisierung des dissozialen Syndroms und seiner Behandlung auf der Basis der Borderline- und Narzissmustheorien (Rauchfleisch 1981). Im ersten Teil des Fragebogens wurden einfache soziodemographische Merkmale und anamnestische Variablen sowie delinquente und deviante Verhaltensweisen des Patienten erhoben. Der zweite Teil umfasste die psychiatrisch-medizinische Kategorisierung der Symptomatik und die Psychodynamik, wie der Therapeut sie im Laufe der mehrjährigen Behandlung durch die Erzählungen und die Übertragung des Patienten kennenlernt. Die Psychodynamik wurde anhand der neun symptomatischen und psychodynamischen Dimensionen Rauchfleischs operationalisiert: "Frustrationstoleranz", "Beziehungsfähigkeit", "Realitätsprüfung", "Depressivität", "narzisstische Störung", "Überich-Struktur", "Abwehrmechanismen", "Desintegrationstendenz" & "Triebstruktur". Diese neun Variablen dienten dann als Basis für die Clusteranalyse. Der dritte Teil der Befragung erfasste die Behandlung. Dazu gehörten Motivation, Setting, Übertragung und Widerstand und zuletzt verschiedene Erfolgskriterien. Es muss nochmals angemerkt werden, dass die Therapeuten über ihre Patienten befragt wurden und nicht etwa die Patienten selber.

Die Stichprobe umfasste 40 Probanden, die sich seit mindestens 18 Monaten in Therapie befanden und die eine markante delinquente Symptomatik aufwiesen, die quantitativ über die reine Beschaffungskriminalität von Heroinfixern hinausging. Da am Anfang der Untersuchung über delinquente Patienten noch nicht bekannt war, dass alle in Frage kommenden Probanden auch süchtig waren, geriet die Stichprobe bezüglich Sucht etwas uneinheitlich. So waren 37 Probanden primär

heroinabhängig und 3 hatten eine andere Sucht ohne Konsum illegaler Drogen. Der Frauenanteil war mit 52.5% überdurchschnittlich hoch im Vergleich zu andern Stichproben von Heroinabhängigen. Die Frauen wurden in der Beurteilung der Psychodynamik allgemein als schwerer gestört und depressiver als die Männer eingestuft. Dies schlug sich auch in der Clustereinteilung nieder.

Einige psychodynamische und symptomatische Merkmale der Stichprobe waren: eine tiefe Frustrationstoleranz und massive Arbeitsstörungen; Unfähigkeit, Freundschaften zu schliessen; Schwierigkeiten, aus Erfahrungen zu lernen und für die Zukunft zu planen; depressive Grundstimmung; Unfähigkeit, die eigenen Grössenphantasien adäquat zu verwirklichen; einander widersprechende Normen im Überich; impulsive Abwehrmechanismen; schwere psychische Krisen mit Suizidversuchen und Minipsychosen; sexuelle Hemmungen. Am Anfang der Behandlungen hatte bei den wenigsten Patienten der Wunsch nach einer Psychotherapie gestanden. Dieser entwickelte sich erst mit dem Vertrauen in den Therapeuten und dem Verständnis für die Funktionsweise der psychologische Gespräche. Die meisten Therapien bestanden aus wöchentlichen Gesprächen und Methadonsubstitution. Ein weit verbreiteter Übertragungs-Widerstand war das Schwänzen der Stunden. Trotzdem war die Beziehung zum Therapeuten für die meisten Patienten enorm wichtig und sie waren zu Veränderungen doch motiviert. Bei vielen Probanden bestand eine starke Regressionsneigung. Am Schluss des betrachteten Zeitraumes war bei 30% der Patienten die Delinquenz völlig verschwunden und die Sucht stabil unter Methadon oder geheilt. Weitere 27.5% hatten diese Symptome nur noch in Krisen. 20% waren immerhin gebessert und bei 22.5% war die Behandlung ein Misserfolg. Wichtigstes Ergebnis dieser Arbeit war jedoch gerade die Tatsache, dass sich delinquente Süchtige in Bezug auf Symptomatik, Psychodynamik und Behandlungserfolg sehr wesentlich voneinander unterscheiden. Die Clusteranalyse des Samples aufgrund der 9 Merkmale einer dissozialen Störung (Rauchfleisch 1981) ergab 5 distinkte Cluster. Die erste Gruppe umfasste die am wenigsten gestörten Patienten. Zwei Gruppen (Cl 2 & 3) bestanden aus Personen, die im Urteil ihrer Therapeuten eine mittelschwere und in vielen Dimensionen auch eine schwere Störung hatten. Die nächsten beiden Cluster (Cl 4 & 5) bestanden aus Personen, die fast in jeder Hinsicht schwerst gestört waren.

Das 1. Cluster (n=9), das sich in allen Variablen besonders deutlich vom Rest der Stichprobe abhob, waren Personen mit einer vergleichsweise leichteren psychischen Störung. Die Delikte dieser Gruppe unterschieden sich deutlich von andern, es waren nämlich vor allem Drogenhandel und kaum

rohphysische Gewalt. Diese Patienten waren psychodynamisch vor allem von einem strengen Überich gequält. Dieses schränkte die Möglichkeiten zu sexuellen, narzisstischen oder aggressiven Befriedigungen gleichermassen stark ein. Ich-strukturelle Besonderheiten oder Defekte dieser Patienten waren hingegen in der Meinung der Psychotherapeuten nicht ausgeprägter als bei andern neurotischen Menschen. Unter den Abwehrmechanismen fanden sich vor allem zwanghafte und weniger impulsive. Schon zu Anfang der Behandlung zeigten diese Patienten sehr viel intrinsische Motivation zur Psychotherapie. Die Behandlungen liefen im grossen Ganzen ohne grössere Krisen, Regressionen oder selbstschädigendes Agieren als Widerstand. Die Erfolgsquoten waren dementsprechend gut. Am Schluss des betrachteten Zeitraumes war bei fast allen Probanden die Delinquenz verschwunden und die Sucht verschwunden oder zumindest stabil unter Methadon. Gleichzeitig war in psychodynamischer Hinsicht in jeder Dimension einiges in Bewegung geraten. Die Delikte des 2. Clusters (n=8) waren vor allem Eigentumsdelikte wie Diebstahl, Sachbeschädigung und Betrug. Die Patienten wurden Neurotiker mit Desintegrationstendenz genannt, weil sie höchste Rate an psychotischen Episoden und die zweithöchste Rate an Suizidversuche hinter sich hatten. Besonders ausgeprägt waren masochistische Konstellationen und ambivalente Beziehungen. Diese Probanden kamen fast alle anlässlich einer akuten Krise in die Beratungsstelle. In der Übertragungsabwehr zeigten sich viele betont "unabhängig" vom Therapeuten. Die symptomatischen Erfolge dieser Gruppe waren im betrachteten Zeitraum nicht sehr ermutigend. Fast 40% waren unverändert süchtig und delinquent. Prognosen waren daher sehr ungewiss. Im 3. Cluster (depressive Neurotiker n=5) war vor allem der Diebstahl das prominenteste Delikt. Diese Patienten hatten oft eine recht gute Frustrationstoleranz und Realitätsprüfung, litten aber an schweren Depressionen. Die Desintegrationstendenz war hingegen gering. Obwohl das Äussern von Suizidgedanken selten vorkam, war die effektive Rate an Suizidversuchen die Höchste von allen. In der Übertragung entwickelten diese Probanden zwar eine intensive Beziehung, aber in fast allen Fällen hatten die Therapeuten den Eindruck, sie würden auch für behandlungsfremde Zweck missbraucht. Fast alle depressiven Patienten entwickelten eine bösartige Regression, welche die Behandlung gefährdete. Ein deutlicher Misserfolg zeichnete sich dann leider auch bei einer knappen Mehrheit ab. Die schizoiden Patienten des 4. Clusters (n=5) liessen sich vor allem Diebstahl und Körperverletzungsdelikte zu schulden kommen. Sie waren in jeder Hinsicht schwerst gestört aber auffälligerweise nicht depressiv. Aufgrund der detaillierten Untersuchung kam zum Vorschein, dass diese sehr wohl vorhandene depressive Verstimmungen abwehrten, die sich dann

in hypomanischer Form oder als "ausgebrannte" Charakterzüge äusserten. Besonders verbreitet waren leichte hirnorganische Beeinträchtigungen und diverse Persionen unter diesen Probanden. Die Patienten waren sehr motiviert für die Behandlung und kamen ganz regelmässig, waren aber gar nicht mit grosser Introspektion gesegnet. Die Behandlungserfolge waren angesichts der Schwere der Störungen erstaunlich gut in dieser Gruppe. 80% waren recht stabil in der Beherrschung von Sucht und Delinquenz. Die Delikte des 5. Clusters (depressiv-narzisstische Borderline Patienten n=13) umfassten das ganze Spektrum von Eigentumsdelikten und Gewaltanwendung. Diese grösste Gruppe bestand aus Personen, die in jeder Hinsicht das Profil des von Rauchfleisch geschilderten depressiv-narzisstischen Kernkonflikts der dissozialen Persönlichkeit hatten. Neben den typischen Beeinträchtigungen der Borderline-Persönlichkeitsorganisation waren effektive psychotische Episoden eher selten. Ein schwer anzugehender Behandlungswiderstand in Form von ständigen Krisen und chaotischen Situationen entstand leider sehr oft wegen der impulsiv agierenden Abwehrmechanismen. Regressionen waren auch hier häufig und oftmals an die Sucht gebunden. Bezüglich Erfolge teilte sich das Cluster 5 in zwei distinkte Untergruppen, von denen eine in einem sehr traurigen Zustand war und die andere aber sehr gute Erfolge (inklusive 2 vollständige Rehabilitationen) hatten.

In der Diskussion der vorliegenden Arbeit angesichts der kleinen Stichprobe und der Vermischung von empirischer und hermeneutischer Methode muss nochmals ihr phänomenologischer Charakter betont werden. Einmal mehr hatte sich gezeigt, dass es unzulässig ist von einer Suchtpersönlichkeit an sich zu sprechen, sowohl bezüglich psychischer Struktur als auch Prognosen. Vielmehr kann letztlich jede beliebige Neurose in Kombination mit einer Verkettung sozialer oder lebensgeschichtlicher Umstände zu einer Sucht führen. Leider gelten Drogenabhängige zu unrecht immer noch als schwer therapierbar mit psychoanalytischen Ansätzen. Wir hatten jedoch gesehen und dies wurde durchaus von andern Untersuchungen bestätigt, dass Drogensüchtige nicht immer schwer gestört sind und dass die Behandlungserfolge in keiner Weise hinter diejenigen anderer Neurosen zurückstehen.

X.Literaturverzeichnis

- Abraham K.: Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände (1912). In: Abraham K.: Psychoanalytische Studien Bd. II, 146-162, Frankfurt a.M. Fischer 1971.
- Abraham K.: Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungsstufe der Libido (1916). In: Abraham K.: Psychoanalytische Studien Bd. I, 84-112, Frankfurt a.M. Fischer 1971.
- Aichhorn A.: Verwahrloste Jugend. Bern Huber Verlag (10.Aufl.) 1987.
- Angst J., Ernst K., Kind H. & Uchtenhagen A.: Psychiatrie für Medizinstudenten. Vorlesungsskript Zentralstelle der Studentenschaft der Universität Zürich 1989.
- APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III. Weinheim und Basel Beltz Verlag 1984.
- BAG (Bundesamt für Gesundheitswesen): Methadonbericht. (Beilage zum Bulletin) 1984.
- Balint M.: Therapeutische Aspekte der Regression. Reinbeck b. Hamburg Rowohlt 1970.
- Balint M.: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Frankfurt a. M. Klett-Cotta 1981.
- Ball J.C., Lang R., Meyers P. & Freedman S.: Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. J. of Health and Social Behaviour. 1988, 29, 214-226.
- Baur W.: Empirischer Vergleich von Methadonpatienten mit zeitlich begrenzter und zeitlich unbegrenzter Indikation. Med. Diss. Universität Zürich 1983.
- Bean P. & Wilkinson C.: Drug taking, crime and the illicit supply system. British Journal of Addiction. 1988, 83, 533-539.
- Bennett T. & Wright R.: The impact of prescribing on the crimes of opiod users. British Journal of Addiction. 1986, 81, 265-273.

- BFS (Bundesamt für Statistik): Kriminalstatistik 8: Strafurteile 1987. Bern Dez. 1988.
- Bickel P., Bösch H. & Uchtenhagen A.: Stoff und Applikationsart beim Drogenkonsum Jugendlicher. Sozial- und Präventivmedizin. 1976, 21, 31-37.
- Blanck G. & Blanck R.: Angewandte Ich-Psychologie. 2. Aufl. Stuttgart Klett-Cotta 1981.
- Blanck G. & Blanck R.: Ich-Psychologie II. Stuttgart Klett-Cotta 1980.
- Bleuler E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin Springer Verlag 13.Aufl. 1975.
- Bortz J.: Lehrbuch der Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin Springer Verlag 1985.
- Brauchli B.: Zur Nosologie in der Psychiatrie. Stuttgart Enke Verlag 1981.
- Bruce J. & Kleber H.: Psychotherapy/counseling for opiate addicts: strategies for use in different treatment settings. Int. J. of the Addictions. 1985, 20(6-7), 869-896.
- Bucher A.: Jugendliche Straftäter: Jeder zweite hängt am Geldsspielautomaten. Tagesanzeiger 27. Mai 1989, 17.
- Bühringer G. & Konstanty R.: Vielspieler an Geldspielautomaten in der Bundesrepublik Deutschland. Suchtgefahren. 1989, 35, 1-13.
- Cooper J., Altman F., Brown B. & Czechowicz D.: Research on the Treatment of Narcotic Addiction. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, Maryland 1983.
- Cremerius J., Hoffmann S. & Trimborn W.: Psychoanalyse, Überich und soziale Schicht. München Kindler Verlag 1979.
- Cremerius J.: Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik. Bd 1 & 2. Stuttgart Frommann-Holzboog Verlag 1984.
- De Boor C.: Psychosomatische Symptome und delinquentes Verhalten. Psyche 1976, 30, 625-41.
- Deglon J.-J.: Le traitement à long terme des héroïnomanes par la méthadone. Genève Editions Médecine et Hygiène, 1984.

- DHS (Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren) (Hrsg.): Sucht und Delinquenz. Hamm Hoheneck-Verlag 1983.
- Di Mascio A. et al.: Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. Arch. Gen. Psychiatry 1979, 36, 1450-1456.
- Dobler-Mikola A. & Zimmer-Höfler D.: Sind drogenabhängige Frauen anders? Drogenbulletin 1990, 1(90), Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich 1990.
- Dole V.P. & Joseph H.: Longterm outcome of patients treated with methadone maintenance. Annals of the New York Academy of Science 1978, 311, 181-189.
- Dole V.P. & Nyswander M.: A medical treatment for diacetylmorphine (heroin-) addiction. J. American Medical Association 1965, 193, 646-650.
- Eicke-Spengler M.: Über Schuld- und Schamgefühle bei Frauen. Vortrag am Freud-Institut Zürich, den 23. Okt. 1987.
- Eissler K. (Hrsg): Searchlights on Delinquency. London Imago 1949.
- Eissler K.: The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. Journal of the American Psychoanalytic Association 1953, 1, 104-143.
- Eissler K.: Bemerkungen zur Technik der psychoanalytischen Behandlung Pubertierender nebst einigen Überlegungen zum Problem der Perversion. Psyche 1966, 20, 837-72.
- Erdheim M.: Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Frankfurt a.M. Suhrkamp 1984.
- Erdheim M.: Die Psychoanalyse und das Unbewusste in der Kultur. Frankfurt a.M. Suhrkamp 1988.
- Erlanger A., Haas H. & Baumann I.: Therapieerfolg von Methadonpatienten mit unterschiedlicher Indikation. Drogalkohol 1987, 11, 3-15.
- Fenichel O.: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. Norton New York 1945. Deutsch: Psychoanalytische Neurosenlehre. Olten/Freiburg i. Br. Walter Bd.I&II 1975, Bd.III 1977.
- Fessler W.: Setting-Probleme. Manuskript zu Vortrag im SPD-Kolloquium, Juni 1986.

- Fessler W.: Paranoia und ihr Zwang zur Sucht. Manuskript zu Vortrag im SPD-Kolloquium, Juni 1987.
- Feuerlein W. (Hrsg.): Sozialisationsstörungen und Sucht. Wiesbaden Akademische Verlagsgesellschaft 1981.
- Feuerlein W., Bühringer G. & Wille R. (Hrsg.): Therapieverläufe bei Drogenabhängigen. Berlin Springer Verlag 1989.
- Flick G. et al: Methadone versus group psychotherapy treatment for drug addiction. Newsletter for Research in Psychology Louisiana State Medical Center 1971, 13(3), 14-17.
- Frauenfelder U.: Die ambulante Behandlung geistig Abnormer und Süchtiger als strafrechtliche Massnahme nach Art.43 und 44 StGB. Zürich Schulthess 1978.
- Freud, S.: Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit. GW X, Imago Publishing, London 1946, 364-391. Original 1915.
- Fuchs W.J.: HIV-Infektion bei Drogenabhängigen. Manuskript zum Buch: Psychiatrie und Süchte - die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. 1990
- Garbely F. & Auchlin P.: Das Umfeld eines Skandals. Zürich Werd Verlag 1990.
- Geerlings P.J.: Substitution therapies in the Netherlands. Paper presented at the WHO working group on the use of substitution drugs in the treatment of opiate dependence. Genf 1988.
- Gerstley L., McLellan T., Altermann A., Woody G., Luborsky L., & Prout : Ability to form an alliance with the therapist: a possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorder. Am. J. of Psychiatry 1989, 146 (4), 508-512.
- Gmür M.: Die Methadonbehandlung von Heroinfixern. Psychiatrische Praxis 1981, 8(2), 54-59.
- Gmür M. & Hutter T.: Der 4-Jahresverlauf des Methadonprogramms im Ambulatorium "Gartenhofstrasse". DrogAlkohol 1984, 3, 25-39.
- Gmür M.: Resultate empirischer Studien zur Methadonbehandlung. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1989, 119, 1560-70.

- Göppinger H.: Der Täter in seinen sozialen Bezügen. Berlin Springer Verlag 1983.
- Goudsmit W.: Psychotherapie bei Delinquenten. Psyche 1964, 11, 664-684.
- Greenson R.: On screen defense, screen hunger, and screen identity. J. Amer. Psychoanal. Ass. 1958, 6, 242-262.
- Greenson R.: Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart Klett 1975.
- Grunberger B.: Vom Narzissmus zum Objekt. Frankfurt a. M. Suhrkamp 1976.
- Gunne L. & Grönbladh L.: The Swedish methadone maintenance program: a controlled study. Drug and Alcohol Dependency 1981, 7(3), 249-256.
- Guze S.: Criminality and Psychiatric Disorders. London Oxford University Press 1976.
- Haas H. & Meier H.: Aufwand einer Methadonbehandlung. Unveröffentlichte Untersuchung, Drop-in SPD, Zürich 1986.
- Haas H. & Kurz Th.: Psychische Auswirkungen des HIV-Tests bei Drogenabhängigen. Schweiz. Rundschau für Medizin PRAXIS 1988, 77, 582-586.
- Haas H., Fuchs W.J., Olgiati M. & Uchtenhagen A.: Methadonabgabe in der Apotheke. Deutsche Apotheker Zeitung 1990, 130(5), 210-216.
- Habermas J.: Erkenntnis und Interesse Frankfurt a.M. Suhrkamp Verlag 1968.
- Harding G.: Patterns of heroin use: what do we know? British Journal of Addiction. 1988, 83, 1247-1254.
- Helbling S.: Therapeutische Aspekte der Methadon-Substitutions-Behandlung. Lizentiatsarbeit phil.I, Universität Zürich 1986.
- Hellwig H.: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken. Göttingen Vandenhoeck & Ruprecht 1979.
- Hornung R., Fuchs W., Alvo K., Studer A., Pfister L., Bossy C., Grob P.: Das Zürcher Interventions-Pilotprojekt gegen Aids für Drogengefährdete und Drogenabhängige (ZIPP-AIDS):

Ergebnisse und Erfahrungen des ersten Betriebsjahres 1989.
Zürich 1990.

Hornung R., Schmittchen G. & Scholl-Schaaf M.: Drogen in Zürich. Bern Verlag Hans Huber 1983.

Huber-Stemich F. & Haas H.: Prävention der HIV-Infektion im Methadonprogramm. Schweiz. Rundschau für Medizin (PRAXIS) 1990, 79(36), 1017-21.

Hunt D., Strug D. & Godsmith D.: Alcohol use and abuse: heavy drinking among methadone clients. Am. J. Drug Alcohol Abuse. 1986, 12(1&2), 147-164.

Jacobson E.: Depression. Frankfurt a.M. Suhrkamp 1977.

Janke P.: Differential effects on completion of treatment in a medical versus psychotherapeutic model for methadone maintenance. Proceedings of the 3rd National Conference on Drug Abuse. New York 1976, 25-29.

Jensen G.F.: Delinquency. Lexington Mass. D.C. Heath & Co. 1980.

Joseph B.: Über einige Persönlichkeitsmerkmale des Psychopathen. Psyche 1961, 15, 132-141.

Kantonspolizei Zürich (Hrsg.): Kriminalstatistik des Kantons Zürich (Kista) 1987.

Kaufman E. & Reoux J.: Guidelines for the successful psychotherapy of substance abusers. Am. J. Drug Alcohol Abuse 1988, 14(2), 199-209.

Kernberg O.: Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt a.M. Suhrkamp 1980.

Kernberg O.: Borderline personality organisation. J. Amer. Psychoanal. Ass. 1967, 15, 641-685.

Kernberg O.: Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart Klett-Cotta 1988.

Keske M.B.: Die Kriminalität der "Kriminellen". München Minerva Publikation 1983.

Khan M.M.: Hidden Selves. London Hogarth Press 1983.

- Khantzian E. & Treece C.: DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. Arch. Gen. Psychiatry 1985, 42, 1067-1071.
- Kleber H.: Is there a need for "professionnal psychotherapy" in methadone programs? J. of Substance Abuse Treatment 1984, 1(1), 73-76.
- Klein M.: Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Reinbek b. Hamburg Rowohlt 1972.
- Kosten Th., Rounsaville B. & Kleber H.: A 2.5-year follow-up of cocaine use among treated opioid addicts. Arch. Gen. Psychiatry 1987, 44, 281-284.
- Kosten Th., Rounsaville B. & Kleber H.: A 2.5-year follow-up of depression, life crises, and treatment effects on abstinence among opioid addicts. Arch. Gen. Psychiatry 1986, 43, 733-738.
- Kosten Th., Rounsaville B. & Kleber H.: Antecedents and consequences of cocaine abuse among opioid addicts a 2.5-year follow-up. J. of Nervous and Mental Disease 1988, 176, 176-181.
- Kreuzer A.: Drogen und Delinquenz. Wiesbaden Akademische Verlagsgesellschaft 1975.
- Krystal H. & Raskin H.: Drogensucht. Göttingen Verlag Vandenhoeck und Ruprecht 1983.
- Kurz T.: Funktionen und Rollen des Medikaments im psychotherapeutischen Prozess. Drogen und Alkohol 5. Int. Symposium Basel 1987.
- Lampl-de Groot J.: Neurotics, Delinquents and Ideal-Formation. In: Eissler K. (Hrsg): Searchlights on Delinquency. London Imago 1949. 246-255.
- Lampl-de Groot J.: Symptombildung und Charakterbildung. Psyche 1963/64, 17, 1-22.
- Laufer M. & E.: Adolescence and Developmental Breakdown. New Haven Yale University Press 1984.
- Le Soldat J.: Freiwillige Knechtschaft: Masochismus und Moral. Frankfurt a.M. Fischer 1989.

- Lewinsky R. & Reller H. (Hrsg): ... wir haben ja Psychiater ... Berichte über Psychotherapie im Gefängnis. Zürich Limmat Verlag 1983.
- Lösel F., Köferl P., Weber F.: Meta-Evaluation der Sozialtherapie. Stuttgart Enke Verlag 1987.
- Lukesch B.: Vielen geht der Freiheitsentzug an die Gesundheit. Weltwoche Zürich, 13, 30.3.1989, 85.
- Maag V.: Umfang, Struktur und Entwicklung der strafrechtlichen Drogenkontrolle in der Schweiz. Lizentiatsarbeit phil. I Universität Zürich 1989.
- Mahler M.: Notes on the Development of Basic Moods; the depressive Affect. In: Loewenstein R. (Ed): Psychoanalysis, a General Psychology. New York Int. Univ. Press 1966.
- Mahler M.: Symbiose und Individuation. Bd 1 Psychosen im frühen Kindesalter. Stuttgart Klett 1972.
- Mahler M.: Symbiose und Individuation. Psyche. 1975, 29, 609-625.
- Mahler M., Pine F. & Bergman A.: Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt a.M. Fischer 1980.
- Marsh K., & Simpson D.: Sex Difference in Opioid Addiction Careers. Am. J. Drug Alcohol Abuse. 1986, 12(4), 309-329.
- Maschke W.: Das Umfeld der Straftat. Bern München Minerva Publikation 1987.
- Meerwein F.: Das ärztliche Gespräch. Bern Verlag Hans Huber, 1986.
- Mentzos St.: Neurotische Konfliktverarbeitung. Frankfurt a.M. Fischer TB 1982.
- Meyer R.(Ed.): Psychopathology and Addictive Disorders. New York Guilford Press 1986.
- Milby J.: Methadone maintenance to abstinence, how many make it? J. of Nervous and Mental Disease. 1988 176(7), 409-422.
- Mirin S., Weiss R., & Michael J.: Psychopathology in substance abusers: diagnosis and treatment. American J. of Drug and Alcohol Abuse 1988, 14(2), 139-157.

- Mitscherlich A.: Krankheit als Konflikt. Frankfurt a.M. Suhrkamp Verlag 1967.
- Morgenthaler F.: Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt a.M. Syndikat Verlag 1981.
- Morgenthaler F.: Homosexualität, Heterosexualität, Perversion. Frankfurt a.M. Qumran Verlag 1984.
- Moser T.: Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur. Frankfurt a.M. Suhrkamp Verlag 1987.
- Moser U.: Die Entwicklung der Objektbesetzung. Psyche. 1967, 97-124.
- Nacht S. & Racamier P.: Die depressiven Zustände. Psyche 1960/1, 14, 651-677.
- Newman R.: Frustrations Among Professionals Working in Drug Treatment Programs. British Journal of Addiction. 1987, 82, 115-117.
- Parin P.: Die Abwehrmechanismen der Psychopathen. Psyche 1961, 15, 322-329.
- Parker H., Newcombe R. & Bakx K.: The new heroin users: prevalence and characteristics in Wirral, Merseyside. British Journal of Addiction 1987, 82, 147-157.
- Perrez T. & Rauchfleisch U.: Katamnestische Untersuchung über ambulante psychiatrische Behandlungen nach Art. 43 des Schweizer Strafgesetzbuches. M Schr. Kriminologie. 1985, 68, 19-28.
- Peterson M., Braiker H. & Polich S.: Who Commits Crimes. Cambridge Mass. Oelschlager, Gunn & Hain Publishers 1981.
- Platt J.J.: Heroin Addiction - Theory, Research, and Treatment. Malabar, Florida Krieger Publishing Company 1986.
- Racker H.: Übertragung und Gegenübertragung. Basel Reinhardt Verlag 1978.
- Rado S.: The Problem of Melancholia. Int. J. Psychoanalysis 1928, 9, 420-438.
- Rambert B.: Zur Behandlung von Drogenabhängigen mit Methadon. Med. Diss. Universität Zürich 1980.

- Rauchfleisch U.: Dissozial. Göttingen Vandenhoeck und Ruprecht 1981.
- Rauchfleisch U.: Zur ambulanten Psychotherapie mit Delinquenten. Psyche 1982, 36, 307-326.
- Rauchfleisch U.: Die ambulante psychiatrische Behandlung nach StrGB Art.43 im Urteil von Richtern und Psychotherapeuten. Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht 1985, 102, 176-191.
- Rauchfleisch U.: Die Bedeutung des sozialen Umfeldes für die Psychotherapie von Borderline-Patienten von "niedерem Strukturniveau". Forum der Psychoanalyse 1990, 6, 175-186.
- Reicher J.: Die Entwicklungspsychopathie und die analytische Psychotherapie von Delinquenten. Psyche 1976, 30, 604-612.
- Rohde-Dachser C.: Ausformungen der ödipalen Dreieckskonstellation bei narzisstischen und bei Borderline- Störungen. Psyche 1987, 41, 773-799.
- Rohde-Dachser C.: Das Borderline-Syndrom. Bern Huber 1979.
- Röhrig S. & Grob P.: Virusdurchseuchung bei i.v. Drogenabhängigen. Schweiz. Med. Wschr. Im Druck 1990.
- Rosenfeld H.: Beitrag zur psychoanalytischen Theorie des Lebens- und Todestriebes aus klinischer Sicht: Eine Untersuchung der aggressiven Aspekte des Narzissmus. Psyche 1971, 25, 476-93.
- Rosenfeld H.: Sackgassen und Deutungen. Wien Verlag internationale Psychoanalyse 1990.
- Ross H., Glaser F. & Germanson T.: The Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients With Alcohol and Other Drug Problems. Arch Gen Psychiatry 1988, 45, 1023-1031.
- Ross H., Glaser F. & Stiasny S.: Sex Difference in the Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients With Alcohol and Drug Problems. British Journal of Addiction 1988, 83, 1179-1192.
- Rost W.D.: Psychoanalyse des Alkoholismus. Stuttgart Klett-Cotta 1987.
- Rössner D.: Bagatelldiebstahl und Verbrechenskontrolle. Dissertation an der Universität Tübingen. Bern Verlag Herbert Lang 1976.

- Rounsaville B., Dolinsky Z., Babor Th & Meyer R.: Psychopathology as a Predictor of Treatment Outcome in Alcoholics. Arch. Gen. Psychiatry 1987, 44, 505-513.
- Rounsaville B., Kosten Th., Weissman M. & Kleber H.: Prognostic Significance of Psychopathology in treated Opiate Addicts. Arch Gen Psychiatry 1986, 43, 739-745.
- Rounsaville B., Weissman M., Crits-Christoph K., Wilber C. & Kleber H.: Diagnosis and Symptoms of Depression in Opiate Addicts. Arch. Gen. Psychiatry 1982a, 39, 151-156.
- Rounsaville B., Weissman M., Kleber H. & Wilber C.: Heterogenity of Psychiatric Diagnosis in Treated Opiate Addicts. Arch Gen Psychiatry 1982b, 39, 161-166.
- Scharfetter Ch.: Allgemeine Psychopathologie Stuttgart, Thieme Verlag 1976.
- Schmideberg M.: Zur Psychoanalyse asozialer Kinder und Jugendlicher. Int. Zeitschrift für Psychoanalyse 1932, 18, 474-527.
- Schneider H.J. (Hrsg.): Kriminalität und abweichendes Verhalten. Basel Beltz Verlag 1983.
- Schuh J. (Hrsg.): Aktuelle Probleme des Straf- und Massnahmenvollzugs. Grösch Verlag Rüegger 1987.
- Schuh J. (Hrsg.): Jugend und Delinquenz. Grösch Verlag Rüegger 1988.
- Sells S.B. & Simpson D.D.: The case for drug abuse treatment effectiveness, based on the DARP research program. British Journal of Addiction 1980, 75, 117-131.
- SFA/ISPA: Zahlen und Fakten zu Alkohol- und Drogenproblemen. Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme Lausanne 1988.
- SFA/ISPA: Zahlen und Fakten zu Alkohol- und Drogenproblemen. Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme Lausanne 1989.
- Sheehan M., Oppenheimer E. & Taylor C.: Who Comes for Treatment: Drug Misusers at Three London Agencies. British Journal of Addiction 1988 (83), 311-320.

- Sheffet et al.: Assessment of treatment outcomes in a drug abuse rehabilitation network: Newark, New Jersey. American J. of Drug and Alcohol Abuse 1980, 7(2), 141-173.
- Sieber M.: Zwölf Jahre Drogen. Bern Hans Huber Verlag 1988.
- Sillitoe A.: The Loneliness of the Long-Distance Runner. New York Alfred. A. Knopf Inc. 1959.
- Spitz R.: Hospitalism. Psychoanalytic Study of the Child. 1945, 1, 53-74.
- Spitz R.: Hospitalism. Psychoanalytic Study of the Child. 1946, 2, 113-117.
- Spitz R.: Anaclitic Depression. Psychoanalytic Study of the Child. 1946, 2, 313-342.
- Stassen H.: The Cluster-Analytic Approach in Psychiatric Research. Bericht aus der Forschung der psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli, Zürich 1988.
- Steinbrecher W. & Solms H. (Hrsg.): Sucht und Missbrauch. Stuttgart Thieme Verlag 1975.
- Steller M. & Hommers W.: Zur Behandlungsmotivation von Delinquenten. M Schr Kriminologie 1977, 60(5), 1977, 279-285.
- Stimmel B., Goldberg J., Rotkopf E. & Cohen M.: Ability to remain abstinent after methadone detoxification: A six year study. Journal of the American Medical Association, 1977, 237, 1216-1220.
- Swift W., Williams G., Neill O. & Grenyer B.: The prevalence of minor psychopathology in opioid users seeking treatment. British Journal of Addiction 1990 (85), 629-634.
- Taber J., McCormick R., Russo A., Adkins B. & Ramirez L.: Follow-up of pathological gamblers after treatment. Am. J. of Psychiatry 1987, 144(6), 757-761.
- Textor C.: 6-Jahres Katamnese von 14 ehemaligen Methadonpatienten. Med. Diss. Universität Zürich 1984.
- Trojan A.: Epidemiologie des Alkoholkonsums und der Alkoholkrankheit in der Bundesrepublik Deutschland. Suchtgefahren 1980, 26, 1-17.

- Uchtenhagen A. & Zimmer-Höfler D.: Heroinabhängige und ihre "normalen" Altersgenossen. Bern Haupt 1985.
- Uchtenhagen A., Meyer-Fehr P. & Zimmer-Höfler D.: Delinquenz, Opiatabhängigkeit und soziale Integration. Unveröffentlichtes Manuskript SPD 1988.
- Uchtenhagen A.: Anwendung des Betäubungsmittelgesetzes. Unveröffentlichtes Manuskript SPD 1988.
- v.Törne I. & Konstanty R.: Spielverhalten und Störungsbilder an Spielern an Geldspielautomaten. Suchtgefahren. 1989, 35, 14-34.
- Veillard-Cybulska H.: Die Kriminalität der Frauen in der Schweiz, wie sie sich in der Statistik niederschlägt. In: Weibliche und männliche Kriminalität. Haesler W.T. (Hrsg.), Schweizerisches Nationalkomitee für Geistige Gesundheit Arbeitsgruppe für Kriminologie. Diessenhofen Verlag Rüegger 1982.
- Vogt I.: Macht Alkohol gewalttätig? Über den Zusammenhang von Alkohol und Delinquenz. Drogalkohol. 1985, 9, 119-136.
- Volberg R. & Steadman H.: Refining prevalence estimates of pathological gambling. Am. J. of Psychiatry 1988, 145(4), 502-505.
- Weber R.: Empirische Katamnese der Methadonbehandlung Opiatabhängiger bei Hausärzten im Kanton Zürich. Med. Diss. Universität Zürich 1983.
- Weber R., Ledergerber B., Opravil M., Siegenthaler W. & Lüthy R.: Methadone maintenance treatment program and opiate abstinence reduce progression of HIV-infection in HIV seropositive intravenous drug users. Erscheint in: An. of Internal Medicine. 1990.
- Weiss R., Mirin S., Michael J. & Sollogub A.: Psychopathology in chronic cocaine abusers: American J. of Drug and Alcohol Abuse 1986, 12, 17-29.
- Weissman M et al.: The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. Am. J. Psychiatry, 1979, 136, 555-558.
- Winnicott D.W.: Bruchstück einer Psychoanalyse. Stuttgart Klett-Cotta 1982.

- Winnicott D.W.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt a.M. Fischer 1984.
- Woody G. et al.: Psychotherapy for opiate addicts. Does it help? Arch. Gen. Psychiatry 1983, 40(6), 639-645.
- Woody G. et al.: Psychotherapy for opiate addicts. Natl. Inst. Drug Abuse Res Monograph Series 1983, 43, 59-70.
- Woody G. et al.: Twelve month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. Am. J. of Psychiatry 1987, 144(5), 590-596.
- Woody G. McLellan Th. Luborsky L. & O'Brien C.: Sociopathy and Psychotherapy Outcome. Arch. Gen. Psychiatry 1985, 42, 1081-1086.
- Wurmser L.: Flucht vor dem Gewissen. Berlin Springer Verlag 1987.
- Wurmser L.: Die Maske der Scham. Berlin Springer Verlag 1990.
- Yochelson S.: The Criminal Personality (Vol.III The Drug Users). Northvale N.J. Jason Aronson 1986.
- Zetzel E.: Die Fähigkeit zu emotionalem Wachstum. Stuttgart Klett-Verlag 1974.
- Zimmer D.: Karriereverlauf und Massnahmenevaluation bei devianten Jugendlichen. Sozial- und Präventivmedizin 1979, 24, 300-302.
- Zimmer-Höfler D., Uchtenhagen A., Dobler-Mikola A. & Harte B.: Heroinabhängige - 7-Jahreskatamnese. Soziale Integration Heroinabhängiger 7 Jahre nach institutioneller Intervention. Forschungsgruppe des Sozialpsychiatrischen Dienstes Zürich, Wissenschaftliche Informationen Serie A, 12, 1987.
- Zimmer-Höfler D., Uchtenhagen A. & Fuchs W.J.: Methadon im Prüfstand. Forschungsgruppe des Sozialpsychiatrischen Dienstes Zürich, Wissenschaftliche Informationen Serie A, 8, 1987. Auch erschienen in: Feuerlein et al. 1989.

XI.Anhang: Fragebogen und Randauszählungen

I. Teil: Anamnestisches

0. Legende: Einteilung der Cluster

Cluster		I	II	III	IV	V	T
I=wenig gestörte Patienten	n=	9					
II=Neurotiker mit Neigung zur Desintegration	n=		8				
III=depressive Neurotiker	n=			5			
IV=schizoide Borderline-Patienten	n=				5		
V=depressiv-narzisstische Borderline-Patienten	n=					13	
T=Total der Stichprobe	n=						40
prozentualer Anteil an der Stichprobe	(Rundungsfehler)	23%	20%	13%	13%	33%	100%

1. Grundmerkmale

1.1 Geschlecht		I	II	III	IV	V	T
weiblich (n=21)		33%	50%	80%	40%	62%	52.5%
männlich (n=19)		67%	50%	20%	60%	38%	47.5%

1.2 Alter bei Behandlungsbeginn		I	II	III	IV	V	T
Jahre	Ø	26.8	27.3	24.8	26.8	25.8	26.3

2. Schulischer & beruflicher Werdegang bei Behandlungsbeginn

2.1 höchster erreichter Ausbildungsabschluss (1 Antwort)		I	II	III	IV	V	T
Studium / Zusatzausbildung zur Lehre		0%	0%	20%	0%	8%	5.0%
Matur / Lehrabschluss		44%	25%	40%	40%	8%	27.5%
Anlehre		22%	0%	0%	0%	8%	7.5%
Sekundar / Real		33%	75%	20%	40%	69%	52.5%
Primar / Hilfsklasse		0%	0%	20%	20%	8%	7.5%

2.2 Berufliche Tätigkeit bei Behandlungsbeginn (1 Antwort)		I	II	III	IV	V	T
leitende / selbständige Position		0%	0%	20%	0%	0%	2.5%
angestellt im Beruf		33%	0%	0%	20%	15%	15.0%
angestellt tiefer als Beruf		0%	38%	0%	20%	23%	17.5%
temporär / teilzeit Beruf		11%	0%	0%	20%	0%	5.0%
arbeitslos		44%	50%	80%	20%	62%	52.5%
IV / Rente		11%	13%	0%	20%	0%	7.5%

3. Deviante und delinquente Symptomatik

3.1 Delikte (mehrfach ankreuzen möglich)		I	II	III	IV	V	T
Diebstahl		44%	75%	100%	100%	69%	72.5%
Einbruch		33%	0%	40%	20%	31%	25.0%
Hehlerei		22%	0%	20%	0%	8%	10.0%
Betrug		22%	50%	20%	0%	8%	20.0%
Urkunden- oder Checkfälschung		11%	13%	20%	0%	0%	7.5%
Zechprellerei		0%	0%	40%	20%	0%	7.5%
Sachbeschädigung		11%	38%	20%	20%	23%	22.5%
Raub		11%	0%	20%	0%	15%	10.0%
Körperverletzung		11%	13%	20%	60%	31%	25.0%
fahrlässige Tötung / unterlassene Hilfeleistung		0%	25%	0%	0%	15%	10.0%
Zuhälterei		.	.	.	.	.	0%
Deal von Haschisch / Marihuana		22%	13%	0%	0%	0%	7.5%
Deal von Heroin / Kokain		78%	25%	20%	20%	15%	32.5%
andere Delikte		0%	13%	0%	0%	0%	2.5%
3.2 Alter beim Auftreten der Symptomatik		I	II	III	IV	V	T
Alter bei Beginn (Jahre)	Ø	19.8	24.3	19.8	18.6	18.8	20.2
Alter beim Aufhören (Jahre)	Ø	27.2	26.8	26.2	26.0	26.7	26.7
3.3 Verkehrsdelikte		I	II	III	IV	V	T
Trunkenheit am Steuer, Fahren ohne Ausweis etc.		11%	38%	20%	20%	23%	22.5%
3.4 Anzahl Vorstrafen		I	II	III	IV	V	T
keine Vorstrafe		22%	63%	0%	40%	15%	27.5%
1 - 4 Vorstrafen		67%	25%	100%	60%	54%	57.5%
mehr als 5 Vorstrafen		11%	13%	0%	0%	31%	15.0%
3.5 Zeit im Strafvollzug oder U-Haft		I	II	III	IV	V	T
nie		22%	38%	20%	40%	38%	32.5%
0 - 3 Monate		56%	38%	40%	40%	15%	35.0%
3 - 12 Monate		11%	0%	40%	20%	15%	15.0%
mehr als 12 Monate		11%	25%	0%	0%	31%	17.5%
3.6 Schuldenhöhe		I	II	III	IV	V	T
keine Schulden		33%	13%	40%	80%	46%	40.0%
weniger als 10'000 Fr		44%	38%	40%	0%	31%	32.5%
10-30'000 Fr		11%	38%	0%	0%	8%	12.5%
mehr als 30'000 Fr		11%	13%	20%	20%	15%	15.0%
3.7 Prostitution		I	II	III	IV	V	T
nie		67%	50%	20%	40%	38%	45.0%
gelegentlich		22%	13%	40%	40%	31%	27.5%
häufig		11%	38%	40%	20%	31%	27.5%

3.8 Verwahrlosung	I	II	III	IV	V	T
keine	89%	63%	60%	80%	54%	67.5%
obdachlos	0%	13%	0%	0%	8%	5.0%
ungepflegt	0%	13%	20%	20%	23%	15.0%
beides obdachlos und ungepflegt	11%	13%	20%	0%	15%	12.5%

4. Behandlungsvorgeschichte

4.1 Stationäre Behandlungen (WG, Erz'heim, Jugendstrafvollz)	I	II	III	IV	V	T
keine	56%	75%	40%	40%	23%	45.0%
0 - 3 Monate	0%	0%	20%	0%	31%	12.5%
3 - 12 Monate	11%	0%	0%	0%	8%	5.0%
mehr als 12 Monate	33%	25%	40%	60%	38%	37.5%

4.2 Ambulante Behandlungen (Psychotherapien)	I	II	III	IV	V	T
keine	67%	75%	40%	60%	38%	55.0%
0 - 3 Monate	0%	13%	0%	0%	15%	7.5%
3 - 12 Monate	11%	0%	0%	0%	15%	7.5%
mehr als 12 Monate	22%	13%	60%	40%	31%	30.0%

II. Teil: Psychopathologie und Psychodynamik

5. Chronische somatische Erkrankungen

5.1 HIV-Infektion	I	II	III	IV	V	T
ungetestet (n=5)	11%	13%	0%	20%	15%	12.5%
HIV-neg (n=16)	33%	50%	60%	40%	31%	40.0%
HIV-pos (n=19)	56%	38%	40%	40%	53%	47.5%

5.2 Krankheitsstadium bei HIV-Infektion (n=19)	I	II	III	IV	V	T
Stadium II (symptomlos)	44%	38%	0%	20%	31%	30.0%
Stadium III (lesser Aids, Aids related complex)	0%	0%	20%	20%	15%	10.0%
Stadium IV (Aids)	11%	0%	20%	0%	8%	7.5%

5.3 andere chronische Krankheiten (n=5)	I	II	III	IV	V	T
Behinderungen, Erbkrankheiten, psychosomatische K.	11%	38%	20%	0%	0%	12.5%

6. Psychiatrischer Status bei Behandlungsbeginn

6.1 Süchte / Abhängigkeiten (mehrere Ankreuzungen möglich)	I	II	III	IV	V	T
Heroin / Opiate	100%	100%	100%	80%	85%	92.5%
Kokain	33%	13%	40%	20%	38%	30.0%
Alkohol	0%	13%	0%	0%	38%	15.0%
Benzodiazepine	0%	25%	40%	40%	54%	32.5%
andere Medikamente (z.B. Barbiturate)	0%	0%	20%	20%	38%	17.5%
andere Abhängigkeiten	11%	13%	0%	20%	0%	7.5%

6.2 Charakterdiagnose nach DSM-III	(nur 1 Diagnose angeben)					
	I	II	III	IV	V	T
(295.15) schizophrene Psychose, desorganisierter Typ	0%	13%	0%	0%	0%	2.5%
(300.40) depressive Neurose	11%	0%	60%	0%	15%	15.0%
(301.20) schizoide Persönlichkeitsstörung	11%	13%	0%	0%	0%	5.0%
(301.22) schizotypische Persönlichkeitsstörung	0%	0%	20%	60%	0%	10.0%
(301.40) zwanghafte Persönlichkeitsstörung	33%	13%	0%	0%	0%	10.0%
(301.50) histrionische Persönlichkeitsstörung	11%	13%	0%	0%	31%	15.0%
(301.60) dependente Persönlichkeitsstörung	11%	0%	0%	0%	0%	2.5%
(301.70) antisoziale Persönlichkeitsstörung	11%	0%	0%	20%	15%	10.0%
(301.81) narzisstische Persönlichkeitsstörung	11%	0%	0%	20%	0%	5.0%
(301.83) borderline Persönlichkeitsstörung	0%	50%	20%	0%	38%	25.0%

6.3 Vermutete, leichtere hirnorganische Störungen	I	II	III	IV	V	T
keine	78%	100%	100%	40%	77%	80.0%
organisches Psychosyndrom (POS)	11%	0%	0%	20%	23%	12.5%
hirnlokales oder endokrines Psychosyndrom	11%	0%	0%	20%	0%	5.0%
Epilepsie	0%	0%	0%	20%	0%	2.5%

6.4 Psychoanalytische Kriterien nach Rauchfleisch

"Unauffällig" bedeutet höchstens ein seltenes oder weniger schädliches Verhalten.

"Mittel gestört" bedeutet, dass der Patient sich durch sein Verhalten immer wieder Nachteile einholt, ohne dass aber bleibende Schäden verursacht werden.

"Schwer gestört" bedeutet, dass der Pat durch die Symptomatik sozial oder gesundheitlich immer wieder stark gefährdet ist und/oder längerdauernde Schäden entstanden sind

6.4.1 Frustrationstoleranz	I	II	III	IV	V	T
unauffällig (=0)	56%	0%	60%	20%	0%	22.5%
mittel gestört (=1)	44%	50%	40%	60%	15%	37.5%
schwer gestört (=2)	0%	50%	0%	20%	85%	40.0%

6.4.2 Beziehungsfähigkeit	I	II	III	IV	V	T
unauffällig (=0)	22%	13%	20%	0%	0%	10.0%
mittel gestört (=1)	78%	75%	60%	40%	46%	60.0%
schwer gestört (=2)	0%	13%	20%	60%	54%	30.0%

6.4.3 Realitätsprüfung	I	II	III	IV	V	T
unauffällig (=0)	67%	13%	60%	0%	0%	25.0%
mittel gestört (=1)	33%	88%	40%	60%	38%	50.0%
schwer gestört (=2)	0%	0%	0%	40%	62%	25.0%

6.4.4 Depressivität	I	II	III	IV	V	T
unauffällig (=0)	78%	0%	0%	80%	0%	27.5%
mittel gestört (=1)	22%	100%	20%	20%	8%	32.5%
schwer gestört (=2)	0%	0%	80%	0%	92%	40.0%

6.4.5 Narzisstische Störung	I	II	III	IV	V	T
unauffällig (=0)	33%	0%	0%	0%	0%	7.5%
mittel gestört (=1)	67%	38%	60%	20%	15%	37.5%
schwer gestört (=2)	0%	63%	40%	80%	85%	55.0%

6.4.6 Überich-Struktur	I	II	III	IV	V	T
unauffällig (=0)	22%	13%	0%	0%	0%	7.5%
mittel gestört (=1)	78%	50%	60%	40%	38%	52.5%
schwer gestört (=2)	0%	38%	40%	60%	62%	40.0%

6.4.7 Abwehrmechanismen	I	II	III	IV	V	T
unauffällig (=0)	44%	0%	0%	0%	0%	10.0%
mittel gestört (=1)	56%	13%	60%	20%	31%	35.0%
schwer gestört (=2)	0%	88%	40%	80%	69%	55.0%

6.4.8 Desintegrationstendenz	I	II	III	IV	V	T
unauffällig (=0)	78%	0%	20%	20%	0%	22.5%
mittel gestört (=1)	22%	13%	60%	20%	62%	37.5%
schwer gestört (=2)	0%	88%	20%	60%	38%	40.0%

6.4.9 Triebstruktur	I	II	III	IV	V	T
unauffällig (=0)	89%	0%	20%	0%	0%	22.5%
mittel gestört (=1)	11%	100%	80%	0%	38%	45.0%
schwer gestört (=2)	0%	0%	0%	100%	62%	32.5%

Ausführliche Besprechung der Kriterien von Raufffleisch

Die Antworten sind generell dann anzukreuzen, wenn eine Eigenschaft oder ein Symptom während längerer Zeit (mind. 6 Monate) in der Behandlung deutlich und ausgeprägt zu beobachten war.

(bei jeder Frage nur 1 Antwort ankreuzen)

7. Frustrationstoleranz

7.1 Pat konnte bestehen an der Arbeit	I	II	III	IV	V	T
gut / wurde nie gefeuert	33%	13%	20%	20%	8%	17.5%
schlecht & recht / kündigt selber	33%	38%	20%	20%	23%	27.5%
knapp / einige Kündigungen & Rausschmisse	11%	38%	40%	40%	31%	30.0%
nicht	22%	13%	20%	20%	38%	25.0%

7.2 Pat hatte in der Freizeit Interessen, die ihm Spass machen und bei denen er eine gewisse Kompetenz erreicht hat

	I	II	III	IV	V	T
genügend (mind. 1 intensiver)	44%	38%	40%	20%	23%	32.5%
wenige (verschiedenes ein bisschen)	33%	25%	40%	60%	23%	32.5%
keine	22%	38%	20%	20%	54%	35.0%

7.2b welche Interessen notieren

7.3 Pat ertrug Durststrecke, Durchhaltewille bevor er seine Ziele (hier nur Tätigkeiten nicht Beziehungen) erreichte

	I	II	III	IV	V	T
genügend (versuchte etwas mind. 2x)	67%	38%	60%	40%	23%	42.5%
wurde wütend	0%	38%	0%	20%	15%	15.0%
resignierte rasch	33%	25%	40%	40%	54%	40.0%
hatte gar keine Ziele	0%	0%	0%	0%	8%	2.5%

7.4 Pat hatte eigentlich durchaus gute Fähigkeiten und allg gute Frustrationstoleranz in Tätigkeiten, aber er machte sich immer kurz vor dem Erfolg alles zunichte (Misserfolgswang) (falls schlechte Frustrationstoleranz: Frage auslassen)

	I	II	III	IV	V	T
nie	33%	0%	40%	0%	15%	17.5%
selten	22%	13%	0%	20%	15%	15.0%
oft	33%	50%	20%	0%	8%	22.5%
Frage ausgelassen, da schlechte Frustrationstoleranz	11%	38%	40%	80%	62%	45.0%

7.5 Pat konnte mit Geld umgehen

	I	II	III	IV	V	T
gut	44%	13%	60%	20%	0%	22.5%
einigermassen	33%	25%	0%	20%	38%	27.5%
ungenügend	22%	63%	40%	60%	62%	50.0%

7.6 Pat konnte Streit, Verlassenwerden etc. in Beziehungen ertragen (falls keine engeren Beziehungen, Frage auslassen)

	I	II	III	IV	V	T
gut	11%	0%	0%	0%	0%	2.5%
einigermassen	44%	13%	20%	20%	8%	20.0%
ungenügend	44%	88%	60%	60%	92%	72.5%
Frage ausgelassen, da keine Beziehungen	0%	0%	20%	20%	0%	5.0%

7.7 Pat hatte Tendenz, sich bei Schwierigkeiten zu betäuben (Medi, Drogen, Alkohol))

	I	II	III	IV	V	T
nie	11%	0%	0%	20%	0%	5.0%
selten	67%	38%	0%	0%	8%	25.0%
oft	22%	63%	100%	80%	92%	70.0%

7.8 Pat hatte Tendenz, bei Schwierigkeiten zu delinquieren

	I	II	III	IV	V	T
nie	44%	13%	20%	40%	8%	22.5%
selten	22%	50%	20%	20%	38%	32.5%
oft	33%	38%	60%	40%	54%	45.0%

7.9 Pat hatte Tendenz, sich bei Schwierigkeiten etwas Selbstschädigendes anzutun

	I	II	III	IV	V	T
nie	78%	0%	0%	0%	8%	20.0%
selten	11%	75%	40%	80%	23%	40.0%
oft	11%	25%	60%	20%	69%	40.0%

7.10 Pat hatte Tendenz, bei Schwierigkeiten davonzulaufen

	I	II	III	IV	V	T
nie	44%	0%	20%	0%	8%	15.0%
selten	11%	50%	60%	40%	15%	30.0%
oft	44%	50%	20%	60%	77%	55.0%

8. Beziehungen (mehrfach ankreuzen möglich)

8.1 Wichtigste Bezugspersonen des Pat	I	II	III	IV	V	T
Partner	56%	75%	80%	0%	46%	52.5%
gute Freunde	44%	25%	0%	0%	15%	20.0%
Symbiose mit Partner / Kind	56%	38%	20%	0%	23%	30.0%
fast nur Beziehung zur Herkunftsfamilie	44%	50%	20%	20%	38%	37.5%
fast nur Kollegen (Wirtschaft/Arbeitsort/Szene)	22%	50%	40%	60%	54%	45.0%
lebt sehr isoliert	0%	25%	40%	60%	8%	20.0%

	I	II	III	IV	V	T
8.2 Pat hatte auch enge Beziehungen	89%	75%	80%	20%	54%	65.0%
8.3 Pat hatte nur lockere Beziehungen	11%	25%	20%	20%	15%	17.5%
8.4 Pat war sehr misstrauisch	44%	38%	80%	80%	46%	52.5%
8.5 Pat war übertrieben anhänglich, distanzlos	22%	25%	20%	20%	31%	25.0%
8.6 Pat war überaus anspruchsvoll ambivalent	22%	63%	40%	60%	46%	45.0%
8.7 Pat brach Beziehungen abrupt ab	11%	25%	0%	40%	23%	20.0%
8.8 Pat neigte zur Spaltung in nur gute / nur böse Objekte	11%	75%	60%	100%	62%	57.5%
8.9 Pat konnte Menschen kaum besetzen, erinnern	0%	25%	0%	40%	31%	20.0%
8.10 Pat wollte sich nicht an jemanden binden	22%	25%	0%	40%	8%	17.5%
8.11 Pat spielte Bezugspersonen gegeneinander aus	11%	38%	40%	0%	8%	17.5%
8.12 Pat brauchte Alkohol / Drogen zur Kontaktaufnahme	22%	63%	80%	40%	77%	57.5%
8.13 Pat zeigte exhibitionistisches Verhalten zur Kontaktaufnahme	0%	50%	20%	20%	31%	25.0%

9. Realitätsprüfung (mehrfach ankreuzen möglich)

	I	II	III	IV	V	T
9.1 Pat konnte auch Phantasie zeigen	44%	25%	60%	0%	23%	30.0%
9.2 Pat war der Realität fast allzusehr verhaftet, konnte nicht phantasieren	56%	50%	40%	20%	23%	37.5%
9.3 Pat konnte aus vergangenen Erfahrungen kaum lernen	22%	50%	60%	20%	46%	40.0%
9.4 Pat konnte kaum für die Zukunft planen	44%	63%	60%	20%	62%	52.5%
9.5 Pat neigte zu panikartigen, planlosen Handlungen	11%	75%	40%	40%	69%	50.0%
9.6 Pat konnte Abmachungen kaum einhalten	22%	38%	0%	0%	62%	32.5%
9.7 Pat hatte keine intakte Einschätzung der Tageszeit	0%	13%	0%	20%	23%	12.5%

	I	II	III	IV	V	T
9.8 Pat hatte die Erwartung, jederzeit ohne Worte empathisch verstanden zu werden	22%	38%	40%	60%	62%	45.0%
9.9 Pat schätzte seine Fähigkeiten oft falsch ein	33%	63%	60%	40%	46%	47.5%
9.10 Pat schätzte das Verhalten der Umwelt oft falsch ein	11%	50%	20%	80%	46%	40.0%
9.11 Pat konnte Denken nicht als Probehandeln einsetzen	11%	38%	0%	60%	46%	32.5%
9.12 Pat konnte Vorstellungen von Wahrnehmungen kaum auseinander halten	0%	25%	0%	80%	23%	22.5%
9.13 Pat hatte subjektive Derealisations- oder Depersonalisationserlebnisse	0%	50%	20%	80%	31%	32.5%

10. Depressivität (mehrfach ankreuzen möglich)

	I	II	III	IV	V	T
10.1 Pat war eher aufgestellt, unternehmungslustig	22%	13%	0%	20%	0%	10.0%
10.2 Pat klagte über Verlangsamung, Lustlosigkeit, Schlafstörungen	56%	38%	100%	60%	77%	65.0%
10.3 Pat erweckte den Eindruck von verdeckter Depressivität (ausgebrannt, leer, wie tot), die ihm selber nicht bewusst war	11%	38%	40%	40%	8%	22.5%
10.4 Pat hatte hypomanische Phasen	0%	38%	40%	80%	23%	30.0%
10.5 Pat fühlte sich unliebenswert, liebesunfähig, einsam	56%	50%	80%	40%	54%	55.0%
10.6 Pat fand alles sinnlos, war zynisch, enttäuscht	0%	38%	40%	40%	23%	25.0%
10.7 Pat machte sich viele Vorwürfe, hat Schuldgefühle	44%	63%	60%	60%	46%	52.5%
10.8 Pat fühlte sich oft hilflos, unfähig, minderwertig	11%	50%	80%	20%	77%	50.0%

	I	II	III	IV	V	T
10.9 Pat inszenierte viele Selbstsabotagen (Straftaten masochistisch begründet)	22%	25%	40%	20%	62%	37.5%
10.10 Pat äusserte manchmal Suizidgedanken	22%	88%	20%	20%	77%	52.5%

11. Narzisstische Störung (mehrfach ankreuzen möglich)

	I	II	III	IV	V	T
11.1 Pat hatte "gesunde" Distanz zu seinen Grössenphantasien und konnte auch einige davon verwirklichen	11%	13%	20%	0%	0%	7.5%
11.2 Pat hatte Distanz zu seinen Grössenphantasien konnte oder wollte aber keine davon verwirklichen	44%	38%	0%	20%	8%	22.5%

11.3 Pat hatte Sinn für Humor	I	II	III	IV	V	T
oft	0%	13%	20%	40%	23%	17.5%
manchmal	67%	75%	40%	60%	31%	52.5%
ziemlich selten	33%	13%	40%	0%	46%	30.0%

	I	II	III	IV	V	T
11.4 Pat lebte vor allem in schlecht integrierten Grössen- und Allmachtsphantasien	11%	25%	20%	60%	54%	35.0%
11.5 Pat war sehr abhängig von Statussymbolen, Heldentaten	0%	25%	20%	40%	31%	22.5%
11.6 Straftaten dienten der Inszenierung eines Selbstbildes (Bestätigung der Männlichkeit, Selbstbild als "böse")	56%	38%	40%	60%	69%	55.0%
11.7 Pat neigte zu Pseudologien	0%	0%	20%	40%	15%	12.5%
11.8 Pat brauchte Beziehungen ausschliesslich zur narzisstischen Bestätigung	22%	38%	40%	40%	15%	27.5%
11.9 Pat war sehr leicht kränkbar	33%	75%	40%	60%	77%	60.0%
11.10 Pat wirkte ausgesprochen kaltherzig	11%	0%	60%	20%	15%	17.5%

12. Überich Störung (mehrfach ankreuzen möglich)

12.1 Verhalten gegenüber Autoritäten	I	II	III	IV	V	T
unterwürfig	44%	25%	80%	40%	62%	50.0%
scheu	22%	38%	20%	0%	15%	20.0%
angepasst	67%	25%	40%	60%	46%	47.5%
adäquat kritisch	33%	25%	0%	0%	8%	15.0%
schlitzohrig	44%	50%	80%	20%	46%	47.5%
auffällig	11%	25%	20%	20%	23%	20.0%
frech	11%	25%	20%	0%	8%	12.5%
trotzig	22%	25%	20%	20%	46%	30.0%

	I	II	III	IV	V	T
12.2 Pat hatte antisoziale Normen internalisiert	11%	0%	20%	60%	23%	20.0%
12.3 Pat hatte in sich widersprüchliche Normen internalisiert	67%	75%	40%	80%	85%	72.5%
12.4 Pat identifizierte sich zeitweise stark mit einem radikalen Gewissen / Angreifer (kannte viele Polizisten, intolerant gegenüber Mitpatienten)	11%	38%	0%	40%	46%	30.0%
12.5 Pat fühlte sich in einer solchen Identifikation berechtigt gegen andere eine hemmungslose Aggressivität auszuleben (z.B. verriet Kollegen an die Polizei)	0%	13%	20%	20%	8%	10.0%
12.6 Pat projizierte Gewissen auf die Aussenwelt	22%	75%	40%	20%	31%	37.5%
12.7 Pat delinquierte zum Trost / Rache nach Kränkungen	22%	38%	20%	60%	46%	37.5%

12.8 Affekte des Pat im Zusammenhang mit dem Überich	I	II	III	IV	V	T
wurde oft von Schuldgefühlen gequält	67%	38%	40%	60%	54%	52.5%
vermied das Erleben von Schuldgefühlen	33%	38%	20%	40%	31%	32.5%
beides	0%	13%	40%	0%	0%	7.5%
wurde oft von Angst vor dem Erwischtwerden gequält	56%	63%	40%	60%	69%	60.0%
vermied das Erleben von Angst	33%	13%	20%	40%	31%	27.5%
beides	0%	0%	20%	0%	0%	2.5%
wurde oft von Schamgefühlen gequält	56%	50%	80%	0%	38%	45.0%
vermied das Erleben von Schamgefühlen	33%	38%	0%	80%	31%	35.0%
beides	0%	13%	20%	0%	0%	5.0%

13. Abwehrmechanismen (mehrfach ankreuzen möglich)

13.1 "Hysterische" Abwehr	I	II	III	IV	V	T
Verdrängen	67%	13%	60%	0%	31%	35.0%
Affektualisieren (Szenen)	11%	63%	40%	20%	38%	35.0%
phobisches Vermeiden	44%	25%	20%	20%	46%	35.0%
Konversionssymptome	22%	13%	0%	20%	31%	20.0%

13.2 "Zwanghafte" Abwehr	I	II	III	IV	V	T
Rationalisieren	100%	38%	40%	40%	38%	52.5%
Isolieren	67%	13%	20%	40%	23%	32.5%
Zwangsgedanken / magisches Denken	22%	25%	20%	80%	31%	32.5%
Zwangshandlungen / ungeschehen machen	11%	13%	0%	40%	15%	15.0%

13.3 "Paranoide" Abwehr	I	II	III	IV	V	T
Projektion	11%	63%	20%	60%	54%	42.5%
projektive Identifizierung	22%	25%	20%	40%	38%	30.0%
hypochondrische Ängste	22%	25%	0%	20%	31%	22.5%
Verleugnung der Bedeutung	33%	88%	60%	20%	69%	57.5%
Verleugnung wahnhaft	0%	13%	0%	60%	15%	15.0%

13.4 "Impulsive" Abwehr	I	II	III	IV	V	T
kontraphobische Handlungen	11%	25%	20%	60%	46%	32.5%
Rollenumkehr bei drohenden Ohnmachtserlebnissen	11%	38%	40%	20%	31%	27.5%
Agieren (Triebe/Affekte durch andere ersetzen)	22%	75%	80%	40%	92%	65.0%
Deckabwehr	11%	0%	0%	40%	31%	17.5%
Somatisierung / Unfälle	11%	38%	40%	20%	69%	40.0%
Betäuben durch Substanzenmissbrauch	22%	75%	80%	60%	85%	65.0%

14. Desintegration der Persönlichkeit

Hier sind auch Dinge, die vor der Behandlung geschahen anzukreuzen.
Mehrfache Ankreuzungen möglich.

	I	II	III	IV	V	T
14.1 Th vermutet, dass die Delinquenz einen psychotischen Zusammenbruch abwehren sollte	0%	38%	40%	60%	38%	32.5%
14.2 Pat hatte schon psychotische Episoden gehabt	11%	63%	40%	60%	15%	32.5%

	I	II	III	IV	V	T
14.3 Pat hatte ernstgemeinte Suizidversuche unternommen	22%	75%	80%	20%	46%	47.5%
14.4 Pat hatte schon Menschen tötlich angegriffen	22%	38%	20%	40%	46%	35.0%
14.5 Pat hatte schon Tiere stark gequält	.	.	.	.	.	0%
14.6 Pat hatte Wahnideen zu Zeiten	11%	38%	20%	60%	0%	20.0%
14.7 Pat hatte Halluzinationen zu Zeiten	11%	13%	0%	20%	15%	12.5%

15. Triebstruktur (mehrfach ankreuzen möglich)

	I	II	III	IV	V	T
15.1 Pat war im sexuellen Bereich gehemmt & zurückhaltend	100%	62%	60%	80%	46%	67.5%
15.2 Pat neigte zu sexueller Verwahrlosung	11%	38%	40%	40%	46%	35.0%

15.3 Pat pflegte eine Perversion	I	II	III	IV	V	T
keine	89%	75%	60%	40%	46%	62.5%
Homosexualität	11%	0%	0%	20%	31%	15.0%
Bisexualität	0%	0%	0%	0%	8%	2.5%
Sadismus	0%	0%	0%	20%	0%	2.5%
Masochismus	0%	25%	40%	0%	15%	15.0%
Exhibitionismus	0%	0%	0%	20%	0%	2.5%

	I	II	III	IV	V	T
15.4 Pat war ständig am Experimentieren in sexueller Hinsicht	0%	0%	0%	0%	23%	7.5%
15.5 Pat versuchte ununterbrochen, andere zu verführen	0%	13%	0%	20%	15%	10.0%
15.6 Pat war im aggressiven Bereich gehemmt & zurückhaltend	78%	50%	60%	40%	31%	50.0%
15.7 Pat war unterschwellig ständig aggressiv geladen	11%	50%	80%	40%	38%	40.0%

	I	II	III	IV	V	T
15.8 Pat hatte häufig Wutausbrüche und Tobsuchtsanfälle	11%	25%	40%	40%	54%	35.0%
15.9 Pat neigte zu Schlägereien	11%	0%	0%	40%	31%	17.5%
15.10 Pat hatte sich willentlich Selbstverletzungen zugefügt	11%	25%	40%	40%	8%	20.0%
15.11 Pat hatte die Gabe, in andern Aggressionen zu wecken	22%	38%	60%	0%	54%	37.5%

16. Chronizität der Störung

Nur 1 Antwort ankreuzen

	I	II	III	IV	V	T
16.1 Delinquenz erst nach der Adoleszenz eingetreten	33%	75%	80%	20%	15%	40.0%
16.2 Delinquenz seit der Adoleszenz	56%	25%	20%	40%	69%	47.5%

	I	II	III	IV	V	T
16.3 Delinquenz schon in der Kindheit	11%	0%	0%	40%	15%	12.5%
16.4 Delinquenz erstmals während der Behandlung	11%	25%	40%	0%	0%	12.5%
16.5 Delinquenz war Ausnahmeerscheinung	0%	13%	0%	0%	8%	5.0%
Falls Delinquenz erst nach der Adoleszenz, Auslöser notieren						

III. Teil: Behandlung

17. Bisherige Dauer der Behandlung

	I	II	III	IV	V	T
17.1 Dauer in Monaten (mind. 18 Monate) Ø	24.6	25.8	42.6	34.8	31.2	30.5

18. Gerichtliche Massnahme

	I	II	III	IV	V	T
18.1 Keine Massnahme (n=29)	67%	75%	100%	80%	62%	72.5%
18.2 Massnahme in Aussicht im nächsten Jahr (n=5 von 29)	22%	25%	0%	20%	0%	12.5%
18.3 Massnahme im Gang (n=6)	22%	13%	0%	0%	23%	15.0%
18.4 Massnahme schon abgeschlossen (n=5)	11%	13%	0%	20%	15%	12.5%

Falls Massnahme: Zeitangaben

	I	II	III	IV	V	T
Beginn seit (Monate relativ zu Therapiebeginn) Ø	2.7	21	.	8	8.2	9.0
wird immer wieder verlängert	11%	0%	.	0%	8%	5.0%
Ende nach (Monate relativ zu Therapiebeginn) Ø	36	40	.	32	25.5	31.8

19. Setting der Therapie

19.1 Durchschnittliche Anzahl Stunden pro Woche

	I	II	III	IV	V	T
2 Std /Woche	0%	13%	0%	40%	23%	15.0%
1 Std /Woche	89%	88%	100%	60%	69%	80.0%
weniger als 1 Std/Woche	11%	0%	0%	0%	8%	5.0%

19.2 Psychopharmaka (mehrfach ankreuzen möglich)

	I	II	III	IV	V	T
Methadon (n=35)	89%	100%	100%	60%	85%	87.5%
Antabus	.	.	.	.	.	0%
Antiepileptika	0%	0%	0%	20%	0%	2.5%
Antidepressiva	0%	0%	20%	0%	0%	2.5%
Tranquilizer	0%	0%	20%	20%	8%	7.5%
Neuroleptika	11%	13%	0%	0%	0%	5.0%

Beginn der Methadonsubstitution

	I	II	III	IV	V	T
Monate nach Therapiebeginn Ø	2.5	7.1	2.2	6.8	2.1	3.8

19.3 Anrede (1 Antwort)	I	II	III	IV	V	T
Du	89%	88%	100%	100%	92%	92.5%
Sie	11%	13%	0%	0%	8%	7.5%

19.4 Couchgebrauch (1 Antwort)	I	II	III	IV	V	T
meist liegend	.	.	.	.	.	0%
zeitweise liegend	.	.	.	.	.	0%
immer sitzend	100%	100%	100%	100%	100%	100%

19.5 Behördliche Kontrolle über Pat (mehrfach ankreuzen mögl)	I	II	III	IV	V	T
Keine	33%	75%	80%	40%	38%	50.0%
Fahrausweis	11%	0%	0%	0%	15%	7.5%
Bewährungshelfer	11%	13%	0%	0%	8%	7.5%
Schutzaufsicht	33%	0%	0%	20%	31%	20.0%
Beistand / Beirat	0%	13%	0%	40%	8%	10.0%
Vormund	11%	0%	20%	20%	0%	7.5%

19.6 Urinkontrollen begleitend zur Behandlung (1 Antwort)	I	II	III	IV	V	T
nein	0%	0%	0%	40%	15%	10.0%
ja	100%	100%	100%	60%	85%	90.0%

19.7 Bezahlung der Behandlung (1 Antwort)	I	II	III	IV	V	T
Pat bezahlte alles selber	.	.	.	.	.	0%
Pat zahlte Teil selber (mehr als Selbstbehalt der KK)	0%	0%	0%	0%	15%	5.0%
Krankenkasse	100%	100%	100%	100%	85%	95.0%
Justiz	.	.	.	.	.	0%
Angehörige	.	.	.	.	.	0%

19.8 Abstinenz / Sachhilfe

Th hat Abstinenz aufgegeben zugunsten von dringend notwendigen Massnahmen zur Resozialisierung des Patienten. (mehrfach ankreuzen)

	I	II	III	IV	V	T
Schulden: Th hat Ratschläge erteilt	33%	25%	40%	0%	15%	22.5%
Schulden: Th hat aktiv eingegriffen	0%	13%	0%	0%	15%	7.5%
Arbeit: Th hat Ratschläge erteilt	33%	50%	40%	40%	23%	35.0%
Arbeit: Th hat aktiv eingegriffen	11%	25%	20%	20%	38%	25.0%
Wohnung: Th hat Ratschläge erteilt	0%	38%	20%	40%	8%	17.5%
Wohnung: Th hat aktiv eingegriffen	11%	13%	40%	0%	31%	20.0%
Ämter: Th hat Ratschläge erteilt	44%	25%	20%	20%	15%	25.0%
Ämter: Th hat aktiv eingegriffen	22%	25%	40%	0%	54%	32.5%

19.9 Abstinenz / Beziehung

War es nötig, den Pat mit Telefonaten oder Briefen an die Behandlung zu erinnern, damit er wieder kam. (1 Antwort)

	I	II	III	IV	V	T
nie	67%	50%	60%	80%	23%	50.0%
selten	11%	25%	40%	20%	23%	22.5%
oft	22%	25%	0%	0%	54%	27.5%

Anfangsphase der Therapie

20. Ungefähre Dauer der Anfangsphase

	I	II	III	IV	V	T
Monate Ø	4.1	3.3	5.6	5.8	5.3	4.7

21. Eingehaltene / ausgefallene Konsultationen am Anfang

	I	II	III	IV	V	T
76-100% der Konsultationen eingehalten	89%	75%	80%	100%	54%	75.0%
51-75% der Konsultationen eingehalten	0%	0%	20%	0%	15%	7.5%
26-50% der Konsultationen eingehalten	11%	0%	0%	0%	15%	7.5%
0-25% der Konsultationen eingehalten	0%	25%	0%	0%	15%	10.0%

22. Vordergründige Anfangsmotivation (mehrfach ankreuzen)

	I	II	III	IV	V	T
22.1 Bewusster, selbständiger Entschluss zur Psychotherapie	44%	38%	20%	60%	15%	32.5%
22.2 Wunsch nach Sachhilfe / Medikamenten	44%	63%	60%	20%	54%	50.0%
22.3 Pat kam in einer akuten Krise	22%	88%	80%	40%	46%	52.5%
22.4 Pat war gezwungen worden ohne eigene Motivation	11%	0%	0%	0%	0%	2.5%
22.5 Druck von Behörden mitbeteiligt	33%	13%	20%	40%	23%	25.0%
22.6 Druck von Angehörigen mitbeteiligt	11%	13%	40%	20%	23%	20.0%
22.7 Druck vom Arbeitgeber mitbeteiligt	.	.	.	.	.	0%

23. Krankheitseinsicht (mehrfach ankreuzen möglich)

	I	II	III	IV	V	T
23.1 Pat sah Zus'hänge zw ubw. Konflikten und Notlage	56%	38%	20%	0%	15%	27.5%
23.2 Pat litt (subjektiv) an seiner Störung	56%	50%	60%	20%	31%	42.5%
23.3 Pat litt unter seiner Situation	67%	88%	80%	100%	85%	82.5%
23.4 gar keine Einsicht, andere litten unter der Störung des Pat	.	.	.	.	.	0%

Mittlere Therapiephase

24. Eingehaltene / ausgefallene Konsultationen

	I	II	III	IV	V	T
76-100% der Konsultationen eingehalten	67%	50%	60%	80%	38%	55.0%
51-75% der Konsultationen eingehalten	22%	25%	20%	20%	31%	25.0%
26-50% der Konsultationen eingehalten	0%	25%	20%	0%	23%	15.0%
0-25% der Konsultationen eingehalten	11%	0%	0%	0%	8%	5.0%

25. Weiterentwicklung der

Motivation (mehrfach ankreuzen)

25.1 Krankheitseinsicht (mehrfach Antworten möglich)

	I	II	III	IV	V	T
Einsicht und Neugier	67%	63%	40%	40%	8%	40.0%
grosser Leidensdruck	67%	63%	80%	80%	77%	72.5%
Missbrauch der Therapie für andere Zwecke	11%	13%	80%	0%	38%	27.5%

25.2 Kontakt zum Therapeuten (mehrfach ankreuzen)

	I	II	III	IV	V	T
intensive libidinöse Beziehung	44%	50%	60%	60%	62%	55.0%
weniger wichtige Beziehung	33%	0%	20%	0%	8%	12.5%
Stütze des Selbstwertgefühls	56%	75%	40%	20%	69%	57.5%
Th ist einzige Bezugsperson	11%	50%	20%	40%	0%	20.0%

25.3 Kein Wandel der Motivation gegenüber Anfangsphase

	I	II	III	IV	V	T
	11%	0%	40%	0%	23%	15.0%

26. Formen des Widerstands in den Stunden (mehrfach ankreuzen)

	I	II	III	IV	V	T
26.1 Wirkliches freies Assoziieren manchmal möglich	33%	25%	20%	20%	0%	17.5%
26.2 Frei erzählen unter normal neurotischer Verdrängung	56%	25%	40%	40%	31%	37.5%
26.3 Nichts erzählen, Schweigen	0%	25%	40%	20%	23%	20.0%
26.4 Schwänzen	44%	50%	20%	40%	62%	47.5%
26.5 Redeschwall	11%	38%	20%	60%	38%	32.5%
26.6 Nur über "Realität" oder Symptome reden	67%	50%	80%	60%	62%	62.5%
26.7 Lügen, Schwindel, Verheimlichen wichtigster Tatsachen	22%	38%	60%	0%	38%	32.5%
26.8 Abladen unangenehmer Affekte und Erlebnisse auf den Th (Abfallkübel)	22%	50%	20%	60%	31%	35.0%
26.9 Überschwemmen mit schwerwiegenden Notsituationen und Konflikten (Feuerwehrrübungen)	22%	63%	40%	20%	62%	45.0%
26.10 Inszenieren von Stimmungen / Situationen, die den Th mit Affekten überschwemmen	11%	13%	40%	60%	54%	35.0%

27. Beratung von Angehörigen und Umfeld

Haben sich Angehörige / Umfeld des Pat ungefragt beim Th gemeldet / wurden vom Pat plötzlich mitgebracht (mehrfach Antworten möglich)

	I	II	III	IV	V	T
Eltern	11%	38%	20%	0%	31%	22.5%
Partner	22%	38%	40%	0%	31%	27.5%
Geschwister / Freunde	11%	25%	0%	0%	8%	10.0%
Arbeitgeber	0%	13%	40%	0%	31%	17.5%
Ämter	0%	50%	60%	20%	31%	30.0%

28. Übertragung (mehrfach ankreuzen möglich)

	I	II	III	IV	V	T
28.1 Ödipale Übertragung	56%	50%	60%	20%	38%	45.0%
28.2 Idealisierende Übertragung	33%	63%	80%	60%	62%	57.5%
28.3 Spiegel-Übertragung (Pat braucht dauernd Bestätigung)	22%	38%	0%	40%	31%	27.5%
28.4 Alter-Ego / Zwillings Übertragung	0%	13%	0%	0%	8%	5.0%
28.5 Verschmelzungs-Übertragung	0%	0%	40%	40%	31%	20.0%
28.6 Keine spürbare Übertragung	22%	0%	0%	0%	0%	5.0%
28.7 Pat verheimlicht Übertragung	22%	13%	20%	0%	23%	17.5%
28.8 Pat gibt sich betont unabhängig	56%	75%	0%	20%	31%	40.0%
28.9 Anklammernde Ambivalenz	11%	50%	40%	20%	62%	40.0%
28.10 Misstrauische Haltung beherrscht Übertragung	33%	25%	20%	40%	31%	30.0%
28.11 Offen negative Übertragung	0%	25%	20%	0%	8%	10.0%
28.12 Pat scheint Th kaum zu kennen, wehrt Bindung ab	11%	13%	0%	20%	23%	15.0%
28.13 Th wird als Komplize gesehen oder missbraucht	11%	0%	40%	0%	23%	15.0%

29. Regression (nur 1 Antwort ankreuzen)

	I	II	III	IV	V	T
keine regressiven Phasen	22%	0%	20%	0%	0%	7.5%
gutartig regressive Phasen integriert in Behandlung	56%	38%	0%	60%	15%	32.5%
Regression an die Sucht gebunden	22%	50%	0%	40%	54%	37.5%
bösartige regressive Spirale	0%	13%	80%	0%	31%	22.5%

Letzte Phase der Therapie

30. Arrangement des Therapieendes (nur 1 Antwort)

	I	II	III	IV	V	T
noch nicht abgeschlossen	89%	50%	40%	60%	46%	57.5%
regulärer Abschluss in beiderseitigem Einverständnis	11%	0%	20%	0%	15%	10.0%
Abschluss weil Th die Institution verliess	0%	25%	20%	20%	8%	12.5%
Abbruch durch den Pat (Wegzug aus Zürich)	0%	13%	0%	20%	0%	5.0%
Abbruch durch den Therapeuten	0%	13%	20%	0%	31%	15.0%

31. Gesamterfolg am Schluss des betrachteten Zeitraums

Verbessert in dem Sinn gemeint, dass die selbstschädigende Komponente der Symptomatik sich verringert hat resp. die Arbeits- und Genussfähigkeit sich erhöht hat. (Nur 1 Antwort pro Frage ankreuzen)

31.1 Frustrationstoleranz (n=40)

	I	II	III	IV	V	T
verbessert	78%	25%	40%	60%	31%	45.0%
unverändert	22%	75%	60%	40%	69%	55.0%
verschlechtert	.	.	.	.	.	0%

31.2 Beziehungsfähigkeit (n=40)

	I	II	III	IV	V	T
verbessert	67%	50%	40%	60%	31%	47.5%
unverändert	33%	38%	60%	40%	62%	47.5%
verschlechtert	0%	13%	0%	0%	8%	5.0%

31.3 Realitätsprüfung (n=40)

	I	II	III	IV	V	T
verbessert	67%	50%	40%	60%	38%	50.0%
unverändert	33%	50%	40%	40%	62%	47.5%
verschlechtert	0%	0%	20%	0%	0%	2.5%

31.4 Depressivität (n=40)

	I	II	III	IV	V	T
verbessert	44%	25%	40%	20%	23%	30.0%
unverändert	44%	63%	0%	60%	54%	47.5%
verschlechtert	11%	13%	60%	20%	23%	22.5%

31.5 Narzisstische Störung (n=40)

	I	II	III	IV	V	T
verbessert	44%	13%	40%	20%	31%	30.0%
unverändert	56%	87%	60%	80%	69%	70.0%
verschlechtert	.	.	.	.	.	0%

31.6 Überich-Struktur (n=40)

	I	II	III	IV	V	T
verbessert	56%	38%	40%	20%	23%	35.0%
unverändert	44%	63%	60%	60%	69%	60.0%
verschlechtert	0%	0%	0%	20%	8%	5.0%

31.7 Abwehrmechanismen (n=40)

	I	II	III	IV	V	T
verbessert	67%	25%	40%	20%	38%	40.0%
unverändert	33%	63%	60%	60%	54%	52.5%
verschlechtert	0%	13%	0%	20%	8%	7.5%

31.8 Desintegrationstendenz (n=40)	I	II	III	IV	V	T
verbessert	56%	63%	40%	60%	54%	55.0%
unverändert	44%	25%	60%	20%	38%	37.5%
verschlechtert	0%	13%	0%	20%	8%	7.5%
31.9 Triebstruktur (n=40)	I	II	III	IV	V	T
verbessert	44%	0%	40%	40%	15%	25.0%
unverändert	56%	100%	60%	40%	77%	70.0%
verschlechtert	0%	0%	0%	20%	8%	5.0%
31.10 Delinquenz (n=39 / 1 Person in CI-III nicht beurteilbar)	I	II	III	IV	V	T
total geheilt	78%	25%	50%	60%	38%	48.7%
nur noch in Krisenzeiten	22%	25%	0%	20%	23%	20.5%
besser als ohne Behandlung	.	.	.	.	.	0%
unverändert	0%	25%	25%	20%	38%	23.1%
verschlimmert	0%	25%	25%	0%	0%	7.7%
31.11 Arbeitssituation (n=40)	I	II	III	IV	V	T
leitende / selbständige Position	11%	0%	0%	0%	8%	5.0%
angestellt im Beruf	33%	0%	20%	40%	15%	20.0%
angestellt tiefer als Beruf	0%	25%	0%	0%	0%	5.0%
temporär / teilzeit Beruf	22%	25%	0%	20%	15%	17.5%
arbeitslos	11%	50%	20%	0%	31%	25.0%
IV-Rente	22%	0%	60%	40%	31%	27.5%
31.12 Sucht / Abhängigkeit (n=40)	I	II	III	IV	V	T
total geheilt	22%	0%	20%	20%	8%	12.5%
stabil mit Methadon	56%	13%	0%	40%	15%	25.0%
stabil bis auf Abstürze in Krisen	11%	50%	20%	20%	31%	27.5%
besser als ohne Behandlung	11%	0%	0%	20%	0%	5.0%
Sucht unverändert	0%	25%	40%	0%	23%	17.5%
verschlechtert	0%	13%	20%	0%	23%	12.5%
Abhängigkeit verlagert auf andere Substanzen (n=40)	I	II	III	IV	V	T
	11%	25%	60%	20%	69%	40.0%
31.13 Wohnsituation (n=40)	I	II	III	IV	V	T
verbessert	67%	38%	0%	40%	38%	40.0%
unverändert	33%	50%	80%	60%	62%	55.0%
verschlechtert	0%	13%	20%	0%	0%	5.0%
31.14 Prostitution (n=39 / 1 Person in CI-III nicht beurteilbar)	I	II	III	IV	V	T
nie / nie mehr	89%	88%	100%	80%	77%	84.6%
zwecks Bekanntschaften schliessen	11%	0%	0%	20%	0%	5.1%
selten / in Krisen	0%	13%	0%	0%	8%	5.1%
gewerbsmässig	0%	0%	0%	0%	15%	5.1%
Evaluation der Urinproben im letzten 1/2 Jahr der Behandlung	I	II	III	IV	V	T
Anzahl Pat pro Cluster	n=9	n=6	n=4	n=3	n=11	n=33
Prozentsatz	100%	75%	80%	60%	85%	82.5%

31.15 Opiatkonsum / Urinproben (n=33, missing=7)	I	II	III	IV	V	T
100% aller UPs negativ	67%	67%	25%	33%	36%	48.5%
75-99% aller UPs negativ	11%	17%	0%	33%	9%	12.1%
50-74% aller UPs negativ	11%	0%	0%	0%	18%	9.1%
25-49% aller UPs negativ	0%	17%	25%	0%	27%	15.2%
0-24% aller UPs negativ	11%	0%	50%	33%	9%	15.2%

31.16 Kokainkonsum / Urinproben (n=33, missing=7)	I	II	III	IV	V	T
100% aller UPs negativ	67%	67%	50%	67%	36%	54.6%
75-99% aller UPs negativ	11%	33%	25%	33%	18%	21.2%
50-74% aller UPs negativ	0%	0%	20%	0%	27%	9.1%
25-49% aller UPs negativ	11%	0%	25%	0%	18%	12.1%
0-24% aller UPs negativ	11%	0%	0%	0%	0%	3.0%

31.17 Benzodiazepinkonsum / Urinproben (n=33, missing=7)	I	II	III	IV	V	T
100% aller UPs negativ	89%	33%	50%	67%	36%	54.6%
75-99% aller UPs negativ	0%	67%	0%	0%	9%	15.2%
50-74% aller UPs negativ	0%	0%	25%	0%	18%	9.1%
25-49% aller UPs negativ	0%	0%	0%	0%	27%	9.1%
0-24% aller UPs negativ	11%	0%	25%	33%	9%	12.1%

31.18 Barbituratkonsum / Urinproben (n=33, missing=7)	I	II	III	IV	V	T
100% aller UPs negativ	100%	50%	50%	67%	45%	63.6%
75-99% aller UPs negativ	0%	33%	25%	33%	27%	21.2%
50-74% aller UPs negativ	0%	0%	0%	0%	18%	6.1%
25-49% aller UPs negativ	0%	17%	0%	0%	0%	3.0%
0-24% aller UPs negativ	0%	0%	25%	0%	9%	6.1%

Falls Therapie noch nicht abgeschlossen

Erhebung der nicht abgeschlossenen Therapien (n=23)	I	II	III	IV	V	T
Anzahl Pat pro Cluster	n=8	n=4	n=2	n=3	n=6	n=23
Prozentsatz	89%	50%	40%	60%	46%	57.5%

32. Bedeutung des Therapieendes (nur 1 Antwort ankreuzen)

	I	II	III	IV	V	T
nicht beendet, läuft gut	50%	50%	0%	33%	33%	39.0%
nicht beendet, Ausgang ungewiss	38%	25%	50%	33%	17%	30.4%
Pat hat derart Angst vor dem Ende, dass sie nicht zum Ende kommt, ist aber psychisch stabiler als er ohne wäre	13%	25%	50%	33%	17%	21.7%
Therapie ist trotz ungünstigem Verlauf nicht mehr zu beenden	0%	0%	0%	0%	33%	8.7%

Falls Therapie abgeschlossen

Erhebung der abgeschlossenen Therapien (n=17)

	I	II	III	IV	V	T
Anzahl Pat pro Cluster	n=1	n=4	n=3	n=2	n=7	n=17
Prozentsatz	11%	50%	60%	40%	54%	42.5%

33. Abschlussphase der Therapie

	I	II	III	IV	V	T
33.1 ungefähre Dauer der Abschlusszeit in Monaten <input type="checkbox"/>	6	3.8	10	1	4.4	4.9

33.2 Eingehaltene / ausgefallene Konsultationen am Schluss

	I	II	III	IV	V	T
76-100% der Konsultationen eingehalten	100%	75%	100%	50%	43%	64.7%
51-75% der Konsultationen eingehalten	0%	25%	0%	0%	43%	23.5%
26-50% der Konsultationen eingehalten	.	.	.	.	.	0%
0-25% der Konsultationen eingehalten	0%	0%	0%	50%	14%	11.8%

34. Bedeutung des Therapieendes (nur 1 Antwort ankreuzen)

	I	II	III	IV	V	T
Pat hatte eine erfolgreiche Therapie gemacht und eine Ich-Stärkung erfahren	0%	0%	0%	0%	14%	5.9%
Pat hatte einiges erreicht, verliess die Therapie aber etwas zu früh	100%	0%	33%	50%	14%	23.5%
Pat führte Therapie bei einem andern Therapeuten weiter	0%	75%	33%	50%	14%	35.3%
Therapie war wenig erfolgreich, Abschluss war ebenso eine kleine Katastrophe	0%	25%	33%	0%	57%	35.3%

35. Weitere Bemerkungen zu der geschilderten Therapie oder zum Fragebogen

LEBENS LAUF HENRIETTE HAAS

1958 geboren als Bürgerin von Zürich.

1965-69 Primarschule in Basel.

1969-78 humanistisches Gymnasium in Basel, Matura B.

1978-81 Studium der Mathematik und Physik an der ETH Zürich.

1981-86 Studium der Psychologie an der Universität Zürich.
Lizentiat mit Abschluss in den Fächern: klinische
Psychologie, anthropologische Psychologie,
Psychopathologie des Erwachsenenalters und Mathematik.

1986-91 Tätigkeit als klinische Psychologin und
Psychotherapeutin in der psychiatrischen Beratungsstelle
für Jugend- und Drogenprobleme Drop-in des
sozialpsychiatrischen Dienstes der psychiatrischen
Universitätsklinik Zürich.

1982- in Ausbildung am psychoanalytischen Seminar Zürich an
der Quellenstrasse.

1991- Tätigkeit als klinische Psychologin und
Psychotherapeutin im psychiatrisch-psychologischen Dienst
der Justizdirektion des Kanton Zürich.